

Sommaire des garanties

J. D. IRVING, LIMITED

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE IRVING

GARANTIES STANDARDS DES SALARIÉS

GROUPE IRVING : RÉGIME COLLECTIF DES GARANTIES FLEXIBLES
SOINS DE SANTÉ ET SOINS DENTAIRES
ASSURANCES VIE, DMA ET INVALIDITÉ

Date d'effet: 1^{er} janvier 2021

EMPLOYÉS ADMISSIBLES :

- permanents
- à temps plein
- activement au travail à la date d'admissibilité
- résidents du Canada et
- inscrits comme bénéficiaires d'une couverture gouvernementale de soins de santé dans leur province de résidence (requis pour les garanties Soins de santé & Soins dentaires)

PÉRIODE D'ADMISSIBILITÉ - 1^{er} du mois suivant la date d'embauche.

<u>NOM DU GROUPE</u>	<u>GROUPE</u>	<u>NUMÉRO DE LA POLICE</u>
<u>CAVENDISH</u>	Salarié	
Cavendish Agri – Staff		6975 861-863
Cavendish CFC Farm Division New Annan 871		6975 871-873
Cavendish Farms Corporation – PEI (New Annan)		6975 821-823
Cavendish Farms Corporation		6975 811-813
Cavendish Farms Corporation – Lethbridge MLF		91051 001-003
Cavendish Farms Corporation – Ontario – Appetizers and Sales		6975 701-703
Cavendish Farms Corporation – Quebec – Cavendish Sales		6975 791-793
<u>CORPORATE SERVICES</u>	Salarié	
Industrial Security Limited		6976 171-173
Information Technology Division		6975 000-002
Irving Air Services		6975 471-473
Irving Business Services		6975 401-403
Irving Business Services – HRSS		6976 391-393
JDI Head Office – Executive Staff		6975 551-553
JDI Head Office – Executive Staff – Ontario		6976 061-063
JDI Head Office – General Division		6975 461-463
<u>EQUIPMENT/CONSTRUCTION</u>	Salarié	
Atlantic Quality & Technical		6975 421-423
Atlantic Wallboard		6976 091-093
Custom Fabricators & Machinists, Ltd		6975 271-273
Gulf Operators		6975 431-433
Irving Equipment		6975 441-443
Kent Homes Limited		6975 211-213
<u>IRVING CONSUMER PRODUCTS</u>	Salarié	
Irving Consumer Products Limited – Atlantic		6975 841-843
Irving Consumer Products Limited – National		91051 011-013
Irving Consumer Products Limited – Ontario		6975 851-853
Irving Consumer Products Limited – Quebec		6975 891-893
Irving Consumer Products (Tissue Plant Dieppe)		6976 241-243
Irving Consumer Products (Irving Personal Care)		6976 251-253
Irving Consumer Products (Irving Personal Care) Ontario		6976 051-053
<u>IRVING GROUP MONCTON</u>	Salarié	
Moncton Wildcats		6975 931-933
Irving Group Moncton		6976 381-383
Irving Group Moncton Executives		6976 511-513
<u>MEDIA</u>	Salarié	
Brunswick News Inc.		6978 171-173
Brunswick News Inc. - Ontario		6978 191-193

<u>NOM DU GROUPE</u>	<u>GROUPE</u>	<u>NUMÉRO DE LA POLICE</u>
<u>MIDLAND</u>	Salarié	
Midland Transport – Atlantic		6976 211-213
Midland Transport – Ontario		6976 221-223
Midland Transport – Quebec		6976 231-233
Universal Properties		6975 381-383
<u>PROTRANS</u>	Salarié	
Protrans Personnel Services Inc. – Atlantic		6975 391-393
Protrans Personnel Services Inc. – Ontario		6975 911-913
<u>PULP & PAPER</u>	Salarié	
Irving Forest Services – Head Office		6975 151-153
Irving Forest Services – Mill Site		6979 111-113
<u>RETAIL</u>	Salariés et horaires	
Atlas Structural Systems – All Participants		6980 761-773
B&B Sales		6976 481-483
Chandler		6975 491-493
Economy Drywall – All Participants		6980 651-653
Kent Building Supplies – All Participants		6980 All Sections
Plasticraft		6975 161-163
Schurman Group (KBS)		6980 501-553
		6980 561-563
		6980 601-603
		6980 631-633
Maritime Home Improvement Limited		6980 801-893
Economy Drywall (Lower Sackville)		6980 901-903
Metro Operations Center		6980 911-913
<u>SAWMILLS & WOODLANDS</u>		Salarié
BlackBrook Woodlands	6975 711-713	
Chipman Woodlands	6975 741-743	
Grand Lake Timber	6975 721-723	
Grand River Pellets	6976 461-463	
Sawmills – Field Staff (New Brunswick, Nova Scotia, General Division and Forest Patrol)	6975 501-503	
St. Leonard Sawmill	6975 751-753	
Sussex Woodlands, Maritime Innovation & Juniper Organics	6975 731-733	
Forest Patrol	6976 521-523	
Maritime Innovation	6976 531-533	
Juniper Organics	6976 541-543	
Clair Sawmill	6976 551-553	
Truro Sawmill	6976 561-563	
Kedgwick Sawmill	6976 571-573	
Sussex Sawmill	6976 581-583	
Veneer Sawmill	6976 591-593	
Doaktown Sawmill	6976 601-603	

NOM DU GROUPE**GROUPE****NUMÉRO DE LA POLICE****SHIPBUILDING**

Fleetway Inc. – Halifax
Fleetway Inc. – Ottawa
Fleetway Inc. – National
Halifax Shipyard
Oceanic Consulting
Shelburne Ship Repair

Salarié

6975 231-233
6975 251-253
91051 231-233
6975 241-243
6976 021-023
6975 201-203

TRANSPORTATION

Atlantic Towing
Atlantic Truck & Trailer
Harbour Development
JDI Logistics
Kent Line
New Brunswick Southern Railway
NBM Rail Services Salaried
RST – Atlantic
RST – Ontario
RST – Quebec
RST Brokerage Limited – Ontario
Sunbury – Atlantic
Universal Truck & Trailer
UTT – Saint John
Irving Transportation Services
JDI Logistics Quebec – Salaried

Salarié

6975 651-653
6976 191-193
6976 161-163
6975 511-513
6975 641-643
6976 111-113
6976 371-373
6976 121-123
6976 131-133
6976 151-153
6976 361-363
6976 141-143
6976 101-103
6976 291-293
6976 651-653
6976 671-673

Les **RÉGIMES DE GARANTIES MÉDICAMENTS DU QUÉBEC** s'appliquent seulement aux employés :

- qui travaillent pour une entreprise possédant un établissement au Québec **et**,
- qui travaillent au Québec **et**,
- qui résident au Québec.

Les **GARANTIES MÉDICAMENTS STANDARDS** s'appliquent à tous les autres employés.

CHANGEMENTS AUX OPTIONS FLEXIBLES DU RÉGIME – VOTRE ADMINISTRATEUR VOUS INDIQUERA À QUEL MOMENT VOUS POURREZ PASSER D'UNE OPTION À UNE AUTRE

La brochure résume les caractéristiques importantes de votre couverture collective. Elle est préparée à titre informatif seulement et ne constitue pas en soi une entente. Les modalités exactes du régime sont décrites dans le contrat collectif détenu par votre employeur. S'il existe une divergence de termes entre la brochure et le contrat collectif, le contrat collectif prévaudra, dans la mesure où la loi l'autorise.

De nouvelles lois ou des changements aux lignes directrices de l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes (ACCAP) pourraient entrer en vigueur après la date d'émission et, par conséquent, certaines informations contenues dans cette brochure pourraient ne pas être à jour.

TABLE DES MATIÈRES

PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	1
SOMMAIRE DES GARANTIES	3
GÉNÉRALITÉS	20
MALADIES REDOUTÉES NIVELÉES	23
SOINS DE SANTÉ	26
PROTECTION VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER	45
PATIENTS DIRIGÉS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA	49
SOINS DENTAIRE	51
ASSURANCE VIE COLLECTIVE DE BASE ET FACULTATIVE	62
ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE	65
ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE ET FACULTATIVE	66
MAINTIEN DE SALAIRE	73
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	77
COORDONNÉES DE CROIX BLEUE MEDAVIE	82
COMMENT SOUMETTRE UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT	83

PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Dans la perspective d'offrir à sa clientèle une protection de soins de santé, d'assurance vie et une protection voyage de qualité, Croix Bleue Medavie recueille et conserve des renseignements personnels au sujet de ses clients et de leurs personnes à charge. La présente section a pour but de vous tenir au courant des pratiques en matière de protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie.

La protection des renseignements personnels n'est pas un nouveau concept pour Croix Bleue Medavie. Assurer la confidentialité de l'information reçue de la part de notre clientèle a toujours été au cœur de nos activités, et notre personnel connaît bien la politique et les procédures que nous avons mises en place pour nous assurer que la protection de ces renseignements soit prise au sérieux en toutes circonstances.

Que sont les renseignements personnels?

Les renseignements personnels renferment des détails au sujet d'une personne identifiable. Il peut s'agir par exemple du nom, de l'âge, du numéro d'identification, du revenu, des données d'emploi, de l'état civil, du statut des personnes à charge, des dossiers médicaux et de renseignements financiers.

Quelle utilisation Croix Bleue Medavie fait-elle de vos renseignements personnels?

Vos renseignements personnels permettent à Croix Bleue Medavie de traiter vos demandes de protection en vertu des régimes de soins de santé, d'assurance vie et de protection voyage. Voici à quoi servent vos renseignements personnels :

- à fournir les services précisés dans le contrat auquel vous êtes adhérent admissible
- à comprendre vos besoins afin de pouvoir vous conseiller des produits et services adéquats, et*
- à administrer notre entreprise

* ne s'applique pas à l'Ontario et au Québec

À qui ces renseignements personnels peuvent-ils être divulgués?

Selon votre type de couverture, la divulgation de renseignements personnels sélectionnés aux personnes et entités suivantes peut s'avérer nécessaire pour être en mesure de vous offrir les services stipulés au contrat auquel vous adhérez :

- d'autres Croix Bleue au Canada, afin d'administrer votre régime d'assurance si vous vivez à l'extérieur des provinces de l'Atlantique, du Québec ou de l'Ontario
- des fournisseurs de soins de santé spécialisés, s'il y a lieu, pour évaluer une demande d'admissibilité à un produit ou service
- des organismes gouvernementaux et de réglementation en situation d'urgence ou lorsque la loi l'exige
- la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada et d'autres tiers, de façon confidentielle, lorsqu'il y a nécessité d'administrer des garanties précisées à votre contrat individuel ou à votre contrat collectif, et
- le titulaire de certificat de tout autre contrat en vertu duquel vous pourriez être couvert

PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nous ne fournissons ni ne vendons de renseignements personnels à votre sujet à d'autres sociétés aux fins de marketing et de sollicitation. Vos renseignements personnels ou ceux de vos personnes à charge ne sont jamais divulgués à un tiers sans votre permission, sauf si Croix Bleue Medavie juge qu'il est nécessaire de le faire pour vous offrir les services auxquels elle s'est engagée conformément au contrat.

À qui ces renseignements personnels peuvent-ils être divulgués?

Pour vous assurer de recevoir le meilleur service possible de la part de Croix Bleue Medavie, il est important que les renseignements personnels que nous utilisons soient exacts et à jour. Vous pouvez nous aider en nous tenant au courant de vos changements d'adresse ou d'état civil ainsi que de l'ajout ou du retrait de personnes à charge. Si vous trouvez des erreurs dans les renseignements que nous détenons sur vous, veuillez en informer le personnel de notre Service à la clientèle afin que nous puissions les corriger.

En devenant client de Croix Bleue Medavie ou en remplissant une demande de règlement, vous consentez à ce que nous utilisions vos renseignements personnels et que nous les divulguions de la manière susmentionnée. Si vous préférez que nous n'utilisions ni ne divulguions vos renseignements personnels dans les cas où ils ne sont pas nécessaires à l'administration de votre régime, veuillez consulter notre site Web ou nous écrire à l'adresse indiquée plus bas.

Veuillez noter que le fait de ne pas permettre à Croix Bleue Medavie d'utiliser des renseignements à votre sujet pourrait signifier que nous ne serions pas en mesure de vous accorder des produits ou des services qui pourraient vous être utiles.

Pour de plus amples renseignements sur la politique de protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie, veuillez communiquer avec nous, en nous appelant ou en nous écrivant, d'après les coordonnées suivantes :

www.medavie.croixbleue.ca

1-800-667-4511

Agent de protection de la vie privée
Croix Bleue Medavie
Groupe de gestion des risques
644, rue Main
C. P. 220
Moncton (Nouveau-Brunswick) E1C 8L3

ou

privacyofficer@medavie.bluecross.ca

Si la résolution du problème ne vous satisfait pas entièrement, vous pouvez déposer une plainte par écrit à l'adresse suivante :

Commissariat à la protection de la vie privée du Canada
112, rue Kent
Ottawa (Ontario) K1A 1H3

SOMMAIRE DES GARANTIES
Souscrit auprès de
La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada
ASSURANCE MALADIES REDOUTÉES NIVELÉE

MONTANT DE L'ASSURANCE

Couverture individuelle accordée en vertu des garanties Soins de santé et Soins dentaires

Maximum pour l'adhérent : 20 000 \$*

Couverture familiale accordée en vertu des garanties Soins de santé et Soins dentaires

Maximum pour l'adhérent : 20 000 \$*

Maximum pour le conjoint : 4 000 \$*

Maximum par enfant : 2 000 \$*

***Pour une description détaillée, référez-vous à la liste des maladies redoutées assurées sous la section Maladies redoutées de cette brochure.**

L'adhérent, le conjoint et chaque enfant peuvent soumettre une demande de règlement au montant de l'assurance indiqué ci-dessus suivant un délai d'admission de 30 jours. C'est-à-dire que l'assuré doit survivre à l'apparition de la maladie redoutée pour une période de 30 jours avant qu'il y ait versement de prestation. À la fin de cette période de 30 jours, l'état de l'assuré doit toujours correspondre à la définition de maladie redoutée. La clause de conditions préexistantes s'applique et les personnes qui adhèrent au régime en retard devront présenter une preuve d'assurabilité.

Un certificat médical doit être présenté dans les 365 jours suivant l'expiration du délai d'admission de 30 jours décrit ci-dessus.

Fin de la protection : La protection prend fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou au 65^e anniversaire de l'adhérent, selon la première éventualité.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Souscrit auprès de
Croix Bleue Medavie

SOINS DE SANTÉ

SANTÉ – BASIQUE

HOSPITALISATION - AU CANADA SEULEMENT

- chambre semi-privée
- paiement direct à l'hôpital
- le régime rembourse 100 % des frais admissibles

PROTECTION VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER

- les garanties sont prévues en cas d'accident survenu ou de maladie imprévue contractée pendant un voyage à l'extérieur de la province de résidence
- le paiement est effectué par l'entremise du service Assistance dans le monde entier
- le régime rembourse 100 % des frais admissibles
- les garanties prennent fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou lorsque l'adhérent atteint 75 ans, selon la première de ces éventualités

PATIENTS DIRIGÉS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

- les frais engagés à l'extérieur du Canada pour des services médicaux fournis à un patient qui y est dirigé, si ces services ne sont pas offerts au Canada
- le régime rembourse 100 % des frais admissibles, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 500 000 \$ par assuré
- les garanties prennent fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou lorsque l'adhérent atteint 75 ans, selon la première de ces éventualités

GARANTIES SOINS DE SANTÉ – AUTRES QUE MÉDICAMENTS

Déboursé Maximum de l'adhérent par année civile

- 750 \$/individuel
- 1 500 \$/familial

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES

- remboursement à l'adhérent
- le régime rembourse 60 % des frais admissibles
- le régime rembourse 100 % des frais admissibles après lorsque le déboursé maximum par année civile est atteint (sujet à des maximums spécifiques).

SOINS DE LA VUE – Aucune protection

SOMMAIRE DES GARANTIES

Souscrit auprès de
Croix Bleue Medavie

SOINS DE SANTÉ

SANTÉ - STANDARD

HOSPITALISATION - AU CANADA SEULEMENT

- chambre semi-privée
- paiement direct à l'hôpital
- le régime rembourse 100 % des frais admissibles

PROTECTION VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER

- les garanties sont prévues en cas d'accident survenu ou de maladie imprévue contractée pendant un voyage à l'extérieur de la province de résidence
- le paiement est effectué par l'entremise du service Assistance dans le monde entier
- le régime rembourse 100 % des frais admissibles
- les garanties prennent fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou lorsque l'adhérent atteint 75 ans, selon la première de ces éventualités

PATIENTS DIRIGÉS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

- les frais engagés à l'extérieur du Canada pour des services médicaux fournis à un patient qui y est dirigé, si ces services ne sont pas offerts au Canada
- le régime rembourse 100 % des frais admissibles, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 500 000 \$ par assuré
- les garanties prennent fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou lorsque l'adhérent atteint 75 ans, selon la première de ces éventualités

GARANTIES SOINS DE SANTÉ – AUTRES QUE MÉDICAMENTS

Déboursé Maximum de l'adhérent par année civile

- 750 \$/individuel
- 1 500 \$/familial

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES

- remboursement à l'adhérent
- le régime rembourse 80 % des frais admissibles
- le régime rembourse 100 % des frais admissibles après lorsque le déboursé maximum par année civile est atteint (sujet à des maximums spécifiques)

SOMMAIRE DES GARANTIES

Souscrit auprès de
Croix Bleue Medavie

SOINS DE SANTÉ

SANTÉ - STANDARD (suite)

SOINS DE LA VUE (ActionSanté)

Verres/lentilles cornéennes

Les garanties relatives aux verres et aux lentilles cornéennes visent à rembourser le coût des verres (**maximum de deux**) ou des lentilles cornéennes et **100 % des honoraires professionnels applicables**, jusqu'à concurrence du maximum établi par Croix Bleue Medavie.

S'il y a eu un changement important de la vision, les garanties relatives aux verres et aux lentilles cornéennes s'appliquent :

- lorsque survient un certain changement de l'erreur de réfraction.

S'il n'y a eu aucun changement important de la vision, les prestations relatives aux verres et lentilles cornéennes sont payables de la façon suivante :

- toutes les deux années civiles consécutives pour un assuré de moins de 19 ans; et
- toutes les quatre années civiles consécutives pour un assuré de 19 ans et plus.

Examen de la vue

Le remboursement est à 80 % des frais admissibles, jusqu'à concurrence de 100 \$, et s'applique :

- une fois par année civile consécutives pour un assuré de moins de 19 ans; et
- une fois toutes les deux années civiles consécutives pour un assuré de 19 ans et plus.

Montures

Le remboursement est à 80 % des frais admissibles, jusqu'à concurrence de 100 \$, et s'applique :

- une fois toutes les deux années civiles consécutives pour un assuré de moins de 19 ans; et
- une fois toutes les quatre années civiles consécutives pour un assuré de 19 ans et plus.

Le paiement est effectué sous forme de remboursement à l'adhérent.

Pour plus de détails au sujet des garanties, veuillez consulter la page appropriée de la section Soins de santé de la présente brochure.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Souscrit auprès de
Croix Bleue Medavie

SOINS DE SANTÉ

SANTÉ - AMÉLIORÉ

HOSPITALISATION - AU CANADA SEULEMENT

- chambre privée
- paiement direct à l'hôpital
- le régime rembourse 100 % des frais admissibles

PROTECTION-VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER

- les garanties sont prévues en cas d'accident survenu ou de maladie imprévue contractée pendant un voyage à l'extérieur de la province de résidence
- le paiement est effectué par l'entremise du service Assistance dans le monde entier
- le régime rembourse 100 % des frais admissibles
- les garanties prennent fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou lorsque l'adhérent atteint 75 ans, selon la première de ces éventualités

PATIENTS DIRIGÉS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

- frais engagés à l'extérieur du Canada pour des services médicaux donnés à un patient qui y est dirigé, si ces services ne sont pas offerts au Canada
- le régime rembourse 100 % des frais admissibles, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 500 000 \$ par assuré
- les garanties prennent fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou lorsque l'adhérent atteint 75 ans, selon la première de ces éventualités

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES

- remboursement à l'adhérent
- le régime rembourse 100 % des frais admissibles (sujets à des maximums spécifiques)

SOMMAIRE DES GARANTIES

Souscrit auprès de
Croix Bleue Medavie

SOINS DE SANTÉ

SANTÉ- AMÉLIORÉ (suite)

SOINS DE LA VUE (ActionSanté)

Verres/lentilles cornéennes

Les garanties relatives aux verres et aux lentilles cornéennes visent à rembourser le coût des verres (**maximum de deux**) ou des lentilles cornéennes et **100 % des honoraires professionnels applicables**, jusqu'à concurrence du maximum établi par Croix Bleue Medavie.

S'il y a eu un changement important de la vision, les garanties relatives aux verres et aux lentilles cornéennes s'appliquent :

- lorsque survient un certain changement de l'erreur de réfraction.

S'il n'y a eu aucun changement important de la vision, les prestations relatives aux verres et lentilles cornéennes sont payables de la façon suivante :

- toutes les deux années civiles consécutives pour un assuré de moins de 19 ans; et
- toutes les quatre années civiles consécutives pour un assuré de 19 ans et plus.

Examen de la vue

Le remboursement est à 100 % des frais admissibles, jusqu'à concurrence de 100 \$, et s'applique :

- une fois par année civile consécutives pour un assuré de moins de 19 ans; et
- une fois toutes les deux années civiles consécutives pour un assuré de 19 ans et plus.

Montures

Le remboursement est à 100 % des frais admissibles, jusqu'à concurrence de 100 \$, et s'applique :

- une fois toutes les deux années civiles consécutives pour un assuré de moins de 19 ans; et
- une fois toutes les quatre années civiles consécutives pour un assuré de 19 ans et plus.

Le paiement est effectué sous forme de remboursement à l'adhérent.

Pour plus de détails au sujet des garanties, veuillez consulter la page appropriée de la section Soins de santé de la présente brochure.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Souscrit auprès de
Croix Bleue Medavie

SOINS DE SANTÉ

Garanties Médicaments standard

BASIQUE, STANDARD & AMÉLIORÉ

Certains médicaments sur ordonnance figurant sur la liste des médicaments admissibles peuvent être assujettis à des quantités maximales, à des montants maximums, à des franchises, à des quotes-parts ou à d'autres maximums approuvés par Croix Bleue Medavie.

Certains médicaments admissibles nécessitent une autorisation préalable ou une autorisation sur une base régulière de la part de Croix Bleue Medavie afin d'être admissibles à un remboursement. Les critères à respecter afin d'obtenir un remboursement sont établis par Croix Bleue et peuvent inclure la participation de l'assuré à un programme de soutien aux patients.

Liste à niveaux : Les médicaments admissibles comprennent uniquement les médicaments médicalement nécessaires qui, en vertu de la loi, ne peuvent être obtenus que sur ordonnance, et qui sont considérés comme essentiels au maintien de la vie par Croix Bleue Medavie. Les médicaments sont séparés en deux niveaux avec une quote-part qui varie selon les niveaux. Les médicaments du niveau un sont des médicaments moins coûteux, reconnus comme un traitement de premier recours pour le traitement de la maladie, et sont utilisés pour traiter des conditions médicales graves. Les médicaments du deuxième niveau sont des médicaments qui sont habituellement plus coûteux, peuvent être utilisés pour le traitement de maladies qui ne mettent pas la vie en danger, et ne sont pas toujours considérés comme un traitement de premier recours pour le traitement de maladies spécifiques. Tous les médicaments admissibles doivent être approuvés par Croix Bleue Medavie et être prescrits et fournis par un fournisseur approuvé par Croix Bleue Medavie.

Quote-part conditionnelle: Lorsque le Sommaire des garanties mentionne une quote-part conditionnelle, certains médicaments admissibles, qui seraient normalement remboursés au niveau de remboursement le moins élevé (niveau 2), peuvent être remboursés au niveau de remboursement plus élevé (niveau 1), lorsque les critères établis par Croix Bleue pour la quote-part conditionnelle sont respectés.

Clause de Substitution : Les clauses de substitution obligatoire par un médicament générique et de prix maximum admissible sont applicables

SOMMAIRE DES GARANTIES

Souscrit auprès de
Croix Bleue Medavie

SOINS DE SANTÉ

GARANTIES MÉDICAMENTS STANDARD

MÉDICAMENTS – CHOIX RX (paiement direct à la pharmacie)			
CATÉGORIE PRESTATION	BASIQUE	STANDARD	AMÉLIORÉ
Quote-part	L'employé paie tout montant excédant 8 \$ les honoraires professionnels du pharmacien pour chaque médicament admissible prescrit sur l'ordonnance		
Pourcentage de remboursement	Niveau 1: 60 % Niveau 2: 40 %	Niveau 1: 85 % Niveau 2: 60 %	Niveau 1: 100 % Niveau 2: 70 %
Quote-part conditionnelle	Oui		
Maximum de déboursé par année civile* (le régime rembourse 100 % des frais lorsque le déboursé maximum par année civile est atteint)	500 \$/individuel 1 000 \$/familial		
Médicaments pour traiter le dysfonctionnement érectile	Régime rembourse 60 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de 250 \$ par année civile	Régime rembourse 85 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de 250 \$ par année civile	Régime rembourse 100 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de 250 \$ par année civile
Médicaments de fertilité	Régime rembourse 60 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 500 \$ par année civile, sous réserve d'un maximum payable viager de 3 000 \$	Régime rembourse 85 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 500 \$ par année civile, sous réserve d'un maximum payable viager de 3 000 \$	Régime rembourse 100 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 500 \$ par année civile, sous réserve d'un maximum payable viager de 3 000 \$
Fournitures pour Diabétiques** (les bâtonnets réactifs, les lancettes, les aiguilles, les seringues, systèmes de surveillance du glucose)	Niveau 1: 60 %	Niveau 1: 85 %	Niveau 1: 100 %

* Les médicaments spécialisés onéreux sélectionnés et le prix maximum admissible ne sont pas inclus dans le déboursé maximum, ni ne sont remboursés à 100 % lorsque le déboursé maximum est atteint.

**Requiert une ordonnance.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Souscrit auprès de
Croix Bleue Medavie

SOINS DE SANTÉ

Garanties médicaments du Québec

Certains médicaments sur ordonnance figurant sur la liste des médicaments admissibles peuvent être assujettis à des quantités maximales, à des montants maximums, à des franchises, à des quotes-parts ou à d'autres maximums approuvés par Croix Bleue Medavie. Tous les frais de médicaments sont sujets aux frais usuels, raisonnables et conformes sont complémentaires au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ.

Certains médicaments admissibles nécessitent une autorisation préalable ou une autorisation sur une base régulière de la part de Croix Bleue Medavie afin d'être admissibles à un remboursement. Les critères à respecter afin d'obtenir un remboursement sont établis par Croix Bleue et peuvent inclure la participation de l'assuré à un programme de soutien aux patients.

Liste à niveaux : Les médicaments admissibles comprennent uniquement les médicaments médicalement nécessaires qui, en vertu de la loi, ne peuvent être obtenus que sur ordonnance, et qui sont considérés comme essentiels au maintien de la vie par Croix Bleue Medavie. Les médicaments sont séparés en deux niveaux avec une quote-part qui varie selon les niveaux. Les médicaments du niveau un sont des médicaments moins coûteux, reconnus comme un traitement de premier recours pour le traitement de la maladie, et sont utilisés pour traiter des conditions médicales graves. Les médicaments du deuxième niveau sont des médicaments qui sont habituellement plus coûteux, peuvent être utilisés pour le traitement de maladies qui ne mettent pas la vie en danger, et ne sont pas toujours considérés comme un traitement de premier recours pour le traitement de maladies spécifiques. Tous les médicaments admissibles doivent être approuvés par Croix Bleue Medavie et être prescrits et fournis par un fournisseur approuvé par Croix Bleue Medavie.

Quote-part conditionnelle: Lorsque le Sommaire des garanties mentionne une quote-part conditionnelle, certains médicaments admissibles, qui seraient normalement remboursés au niveau de remboursement le moins élevé (niveau 2), peuvent être remboursés au niveau de remboursement plus élevé (niveau 1), lorsque les critères établis par Croix Bleue pour la quote-part conditionnelle sont respectés.

Clause de Substitution : Les clauses de substitution obligatoire par un médicament générique et de prix maximum admissible sont applicables.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Souscrit auprès de
Croix Bleue Medavie

SOINS DE SANTÉ

GARANTIES MÉDICAMENTS DU QUÉBEC

MÉDICAMENTS – CHOIX RX			
(Les médicaments figurant sur la liste de la RAMQ qui sont non disponibles dans la liste de médicaments Choix RX seront remboursés comme s'ils étaient des médicaments de niveau 2)			
CATÉGORIE PRESTATION	BASIQUE	STANDARD	AMÉLIORÉ
Pourcentage de remboursement	Niveau 1: selon la RAMQ Niveau 2: selon la RAMQ	Niveau 1: 85 % Niveau 2: selon la RAMQ	Niveau 1: 100 % Niveau 2: 70 %
Quote-part conditionnelle	Oui		
Maximum de déboursé par année civile* (le régime rembourse 100 % des frais lorsque le déboursé maximum par année civile est atteint)	500 \$/individuel 1 000 \$/familial		
Médicaments pour traiter le dysfonctionnement érectile	Régime rembourse au Niveau 1, jusqu'à concurrence d'un maximum de 250 \$ par année civile	Régime rembourse 85 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de 250 \$ par année civile	Régime rembourse 100 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de 250 \$ par année civile
Médicaments de fertilité	Régime rembourse au Niveau 1, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 500 \$ par année civile, sous réserve d'un maximum payable viager de 3 000 \$	Régime rembourse 85 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 500 \$ par année civile, sous réserve d'un maximum payable viager de 3 000 \$	Régime rembourse 100 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 500 \$ par année civile, sous réserve d'un maximum payable viager de 3 000 \$
Fournitures pour Diabétiques** (les bâtonnets réactifs, les lancettes, les aiguilles, les seringues, systèmes de surveillance du glucose)	Niveau 1: selon la RAMQ	Niveau 1: 85 %	Niveau 1: 100 %

* Les médicaments spécialisés onéreux sélectionnés et le prix maximum admissible ne sont pas inclus dans le déboursé maximum, ni ne sont remboursés à 100 % lorsque le déboursé maximum est atteint.

**Requiert une ordonnance.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Souscrit auprès de
Croix Bleue Medavie

SOINS DENTAIRES

SOINS DENTAIRES			
CATÉGORIE PRESTATION	BASIQUE	STANDARD	AMÉLIORÉ
SERVICES DE BASE /PRÉVENTIFS (incluant Periodontie et Endodontie)	Pourcentage de remboursement: 60 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 500 \$* par année civile	Pourcentage de remboursement : 80 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de 2 000 \$ par année civile	Pourcentage de remboursement : 100 %
SOINS DE RESTAURATION MAJEURE		Pourcentage de remboursement: 60 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 500 \$* par année civile	Pourcentage de remboursement: 70 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de 2 000 \$* par année civile
ORTHODONTIE	Pourcentage de remboursement: 50 %, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 2 500 \$		

* Remboursement maximum global pour les soins de base/ préventifs et les soins de restauration majeure

GUIDE DES TARIFS

- le guide de l'année courante des honoraires des dentistes généralistes de l'Association dentaire de la province de résidence de l'adhérent.
- les soins de restauration majeure admissibles sont remboursés conformément au guide d'honoraires des spécialistes si les services sont rendus par un spécialiste.

SOMMAIRE DES GARANTIES
Souscrit auprès de
La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada

ASSURANCE VIE COLLECTIVE DE BASE

MONTANT DE L'ASSURANCE DE BASE

Montant assurable : Deux fois le salaire annuel de base

Protection maximale : 500 000 \$

Réduction de la protection : Le 1^{er} janvier coïncidant avec ou suivant immédiatement :
65 ans – 50 % du montant d'assurance
70 ans – 5 000 \$

Tous les montants d'assurance sont arrondis au 1 000 \$ supérieur.

Fin de la protection : La protection prend fin à la retraite ou à la cessation d'emploi, selon la première de ces éventualités.

SOMMAIRE DES GARANTIES
Souscrit auprès de
La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada

ASSURANCE VIE COLLECTIVE FACULTATIVE

MONTANT DE L'ASSURANCE FACULTATIVE

Montant assurable : Multiples de 25 000 \$

Protection maximale : 500 000 \$

Une preuve d'assurabilité est requise pour tous les montants d'assurance vie facultative.

Fin de la couverture : La couverture prend fin à la retraite, à la cessation d'emploi de l'adhérent ou à 70 ans, selon la première éventualité.

Fin de la couverture : La couverture du conjoint prend fin à la retraite de l'adhérent, à la cessation d'emploi de l'adhérent ou lorsque l'adhérent ou le conjoint atteint l'âge de 70 ans, ou lorsque le conjoint ne répond plus à la définition d'une personne à charge, selon la première éventualité.

TAUX

Taux mensuels (par 1 000 \$)

Âge de l'adhérent ou du conjoint	Fumeur		Non-fumeur	
	Homme	Femme	Homme	Femme
Moins de 30	0,06	0,04	0,04	0,02
30-34	0,09	0,05	0,04	0,02
35-39	0,10	0,05	0,06	0,03
40-44	0,17	0,10	0,09	0,05
45-49	0,26	0,17	0,13	0,09
50-54	0,55	0,32	0,27	0,17
55-59	0,83	0,47	0,43	0,30
60-64	1,35	0,74	0,75	0,43
65-69	2,38	1,28	1,32	0,75

SOMMAIRE DES GARANTIES
Souscrit auprès de
La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada
ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

MONTANT DE L'ASSURANCE

Conjoint : 10 000 \$

Enfant : 5 000 \$

Fin de la protection : La protection prend fin à la retraite de l'adhérent ou à sa cessation d'emploi, selon la première de ces éventualités.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Souscrit auprès de
La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE ET FACULTATIVE

MONTANT DE L'ASSURANCE DE BASE

Le montant principal est égal au montant de l'assurance vie collective.

Réduction de la protection : Le 1^{er} janvier coïncidant avec ou suivant immédiatement :
65 ans – 50 % du montant d'assurance
70 – 5 000 \$

Tous les montants d'assurance sont arrondis au 1 000 \$ supérieur.

Fin de la protection : La protection prend fin à la retraite ou à la cessation d'emploi, selon la première de ces éventualités.

MONTANT DE L'ASSURANCE FACULTATIVE

Vous pouvez, ainsi que votre conjoint, souscrire à une protection par tranche de 25 000 \$ jusqu'à concurrence d'un maximum de 500 000 \$ par assuré.

La protection familiale s'établit comme suit :

- Le conjoint est assuré à 60 % du montant auquel vous souscrivez, alors que chaque enfant à charge est assuré à 15 % de ce montant.
- Chaque enfant à charge est assuré à 15 % du montant auquel vous souscrivez, et à 20 % lorsqu'il n'y a pas de conjoint, jusqu'à concurrence d'un maximum de 60 000 \$.

Réduction de la protection : Sans objet

Fin de la protection : La protection prend fin à la retraite ou à la cessation d'emploi, selon la première de ces éventualités

TAUX

Taux mensuels (par 1 000 \$)

Le taux des primes pour l'adhérent seulement est de 0,029 \$ par mois et de 0,048 \$ par mois pour l'adhérent et sa famille.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Souscrit auprès de
Croix Bleue Medavie

CONTINUATION DE SALAIRE

MONTANT DE LA COUVERTURE

Montant assurable : Prestations jusqu'à 100 % du salaire en fonction du tableau de l'ancienneté ci-dessous.

Délai de carence : 5 jours ouvrables pour un accident
5 jours ouvrables pour une maladie

Durée maximale
des prestations : 52 semaines
(incluant le délai de carence)

Fin de la protection : La protection prend fin à la retraite ou à la cessation d'emploi, selon la première de ces éventualités.

Barèmes des prestations			
Ancienneté	# semaines @ 100 % du revenu hebdomadaire	# semaines @ 67 % du revenu hebdomadaire	# semaines @ 50 % du revenu hebdomadaire
Premier du mois suivant la date d'embauche à 1 an	5 semaines	15 semaines	31 semaines
1 à 2 ans	10 semaines	20 semaines	21 semaines
2 à 3 ans	15 semaines	25 semaines	11 semaines
3 à 4 ans	15 semaines	30 semaines	6 semaines
4 à 5 ans	20 semaines	31 semaines	
5 à 6 ans	25 semaines	26 semaines	
6 à 7 ans	30 semaines	21 semaines	
7 à 8 ans	35 semaines	16 semaines	
8 à 9 ans	40 semaines	11 semaines	
9 à 10 ans	45 semaines	6 semaines	
10 ans ou plus	51 semaines		

SOMMAIRE DES GARANTIES
Souscrit auprès de
La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

MONTANT DE L'ASSURANCE

Montant assurable :	72 % des premiers 1 250 \$ du revenu mensuel, plus 60 % des 2 500 \$ suivants, plus 47 % de l'excédent
Prestation maximale :	10 000 \$ par mois
Délai de carence :	52 semaines
Période de prestations :	Cessation d'invalidité, cessation d'emploi ou à l'âge de 65 ans, selon la première de ces éventualités
Régime d'épargne-retraite des employés :	Un 4 % supplémentaire, jusqu'à un maximum de 400 \$ par mois sera versé au régime d'épargne-retraite au nom de l'employé qui reçoit des prestations d'assurance salaire de longue durée.

Les prestations reçues sont non imposables.

Fin de la protection : La protection prend fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou à l'âge de 65 ans, selon la première de ces éventualités. La protection pour les adhérents actifs prend fin à 65 ans moins le délai de carence.

GÉNÉRALITÉS

Pour faciliter la lecture, « la compagnie » désigne « Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada » pour les garanties Vie, Décès et mutilation accidentels, Salaire de longue durée et Maladies graves, et désigne « Medavie Inc. » pour les garanties Soins de santé et Soins dentaires.

EMPLOYÉS ADMISSIBLES

Vous êtes admissibles aux garanties si vous répondez aux conditions d'admissibilité indiquées au Sommaire des garanties (voir la première page de cette brochure).

Les employés doivent adhérer au régime en remplissant un formulaire de demande d'adhésion dans les 31 jours suivant la période d'admissibilité. La protection entre en vigueur à la date d'admissibilité sauf lorsque : a) l'employé n'est pas activement au travail le jour de la prise d'effet, ou b) la demande est présentée après le délai d'adhésion de 31 jours.

Si vous n'êtes pas activement au travail le jour où vous auriez normalement été admissible à la protection, l'entrée en vigueur du régime sera reportée à la date à laquelle vous retournerez au travail à temps plein.

Un employé est considéré activement au travail à la date d'effet s'il se présente au lieu où il travaille habituellement pour le preneur et s'il est capable d'accomplir les tâches régulières de son travail sur une base permanente. Si l'employé n'a pas à se rendre au travail, en raison d'un jour férié, d'une variation d'horaire, d'une journée de vacances ou d'un jour de fin de semaine, il est considéré comme étant activement au travail tant qu'il est capable d'accomplir les tâches régulières de son travail.

PERSONNES À CHARGE ADMISSIBLES

On entend par « personne à charge » votre conjoint tel que défini ci-dessous. La couverture des personnes à charge prend effet le même jour que votre couverture ou, si une personne à charge est ajoutée plus tard, la couverture à leur égard prend effet dès qu'elle devient admissible.

On entend par « conjoint » une personne avec laquelle vous êtes marié, ou la personne que vous présentez comme votre conjoint et avec laquelle vous habitez depuis au moins un an.

On entend par « enfant à charge » un enfant ou une personne qui :

- est domiciliée au Canada;
- est votre enfant naturel ou adopté ou celui de votre conjoint, ou un enfant dont vous ou votre conjoint êtes le tuteur légal avec autorité parentale;
- dépend financièrement de vous ou de votre conjoint pour son soutien et ses besoins;
- est célibataire; et
- répond à un des critères suivants :
 - a) est âgé de moins de 21 ans;
 - b) est âgé de moins de 26 ans et fréquente à plein temps un établissement d'enseignement reconnu, un collège ou une université; ou
 - c) souffre d'une déficience physique ou mentale survenue alors qu'il était un enfant selon les critères a) ou b) ci-dessus et qu'il est demeuré continuellement déficient depuis ce temps.

GÉNÉRALITÉS

PERSONNES À CHARGE ADMISSIBLES (suite)

Pour les besoins de la présente définition, un enfant est considéré comme souffrant d'une déficience physique ou mentale s'il est incapable d'exercer une activité lucrative lui permettant de subvenir à ses propres besoins et s'il dépend financièrement de l'adhérent pour son soutien. La Compagnie peut demander que des preuves écrites démontrant la déficience de l'enfant lui soient fournies par écrit, aussi souvent que raisonnablement nécessaire.

PREUVE D'ASSURABILITÉ

La preuve d'assurabilité n'est pas requise si la demande est présentée dans les 31 jours à partir de la date où, pour la première fois, la personne devient admissible. Si la demande d'adhésion n'est pas faite au cours de ce délai de 31 jours, une preuve d'assurabilité peut être demandée pour l'adhérent et les personnes à sa charge, s'il y a lieu, avant la prise d'effet de la protection.

La déclaration de santé peut être requise dans certaines autres situations avant que la couverture ne soit approuvée. Vous devrez assumer les frais relatifs à l'obtention d'une déclaration de bonne santé si vous ou vos personnes à charge ne présentez pas de demande d'adhésion dans le délai de 31 jours à partir de la date d'admissibilité.

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES

Toute désignation de bénéficiaire effectuée en vertu du contrat d'assurance collective antérieur sera reportée au présent contrat. Vous devez vérifier la désignation existante pour vous assurer qu'elle reflète vos intentions présentes.

FIN DE LA PROTECTION

Votre protection et celle de vos personnes à votre charge prendra fin à la première de ces éventualités :

- la date de votre cessation d'emploi
- la date à laquelle vous cessez d'être admissible en raison de votre retraite, de votre décès, d'une limite d'âge, d'un changement de catégorie d'employés, etc.
- la date de résiliation du contrat d'assurance collective.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Si des prestations similaires sont prévues dans plus d'une section des garanties de soins de santé, toute demande de règlement sera évaluée de façon à offrir la prestation la plus avantageuse.

À l'exception de la Protection-voyage dans le monde entier, si vous êtes admissible à des protections semblables en vertu d'un autre régime d'assurance collective, le montant payable en vertu du présent régime, sera coordonné aux autres régimes d'assurance et ne pourra dépasser 100 % des dépenses admissibles. Lorsque les deux conjoints d'une famille détiennent une couverture en raison du régime de leur employeur, le premier payeur de chacune des demandes de règlement des conjoints correspondra à celui de leur régime respectif. Tout montant qui n'est pas payé par le premier payeur peut alors être soumis à des fins de considération au régime d'assurance du conjoint (le second payeur).

Le paiement des prestations sera coordonné avec tout autre régime ou contrat, conformément aux directives de l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes (ACCAP), afin que le maximum reçu de toutes sources ne soit pas plus grand que les dépenses réelles encourues.

GÉNÉRALITÉS

COORDINATION DES PRESTATIONS (suite)

Les remboursements en vertu de la Protection-voyage dans le monde entier de la présente police sont limités aux frais admissibles en excédent de ceux couverts en vertu de toute autre police, tel qu'indiqué dans les Exclusions de la Protection-voyage dans le monde entier.

CONTINUITÉ DE LA COUVERTURE DURANT UN CONGÉ

Au cours d'une absence autorisée en raison d'un congé de maternité, congé parental, congé de soignant ou tout autre congé légal, vos garanties sont maintenues sous réserve du paiement des primes pour la période maximale prévue en vertu de la législation applicable. La continuité de la couverture pendant ce congé se termine à la date prévue du retour au travail, la date de retour au travail à temps plein, la date où le régime prend fin ou à la date où la période maximale est atteinte en vertu de la législation applicable, selon la première éventualité.

Pendant tout autre congé autorisé, vos garanties sont maintenues sous réserve du paiement des primes pendant un maximum de 12 mois. La continuité de la couverture pendant un congé autorisé se termine à la date prévue du retour au travail, la date de retour au travail à temps plein, la date où le régime prend fin ou à la date où à la fin de la période de 12 mois, selon la première éventualité.

RECOUVREMENT D'INDEMNITÉS D'UNE TIERCE PARTIE (SUBROGATION)

Si vous avez le droit d'intenter une action légale contre une tierce partie (personne physique ou morale) en raison d'une perte reliée à toute demande de règlement soumise en vertu du présent régime, Croix Bleue Medavie est en droit d'acquérir vos droits pour le recouvrement des indemnités, jusqu'à concurrence du remboursement effectué par Croix Bleue Medavie.

Vous devez signer et retourner les documents nécessaires pour faciliter cette démarche et vous devez faire tout ce qui est exigé pour protéger vos droits de recouvrer les indemnités d'une tierce partie.

PRESTATIONS AUX SURVIVANTS

En cas de décès de l'adhérent, les personnes à charge admissibles demeurent couvertes en vertu des garanties de soins de santé et de soins dentaires sans avoir à payer de primes. Ces protections prendront toutefois fin à la première des éventualités suivantes :

- la date à laquelle le contrat prend fin;
- douze (12) mois après le décès de l'adhérent;
- la date de prise d'effet d'une assurance semblable auprès d'un autre assureur;
- le moment où les personnes à charge cessent d'être admissibles.

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Chaque procédure ou demande en justice contre un assureur (c.-à-d. Croix Bleue Medavie), pour recouvrer des montants d'assurance payables en vertu du contrat, est absolument exclue, à moins que la procédure ou la demande ne débute pendant le délai prescrit par la Loi sur les assurances.

MALADIES REDOUTÉES NIVELÉES

PRESTATIONS PAYABLES DU VIVANT DE L'ASSURÉ

Ces prestations vous seront payées en un montant forfaitaire si vous ou vos personnes à charge souffrez d'une maladie redoutée. Vous devez fournir une preuve médicale satisfaisante à Croix Bleue Vie dans les 365 jours suivant la fin du délai de carence.

Le montant global des prestations pour maladies redoutées avec tableau nivelé ne doit pas excéder 100 % du montant de la protection en vigueur. Une personne assurée à qui l'on a versé le montant le moins élevé du barème des prestations peut demander de recevoir le solde du montant principal pourvu que la protection demeure en vigueur et que le critère relatif au niveau de prestations de 100 % soit satisfait.

Les prestations sont payées une seule fois pour toute condition assurée résultant d'une même maladie ou d'un état de santé qui y est relié. Les manifestations multiples et non reliées seront assurées, à condition que toutes les prestations combinées n'excèdent pas le maximum viager alloué. L'indemnité maximale viagère par assuré pour toutes les maladies redoutées est de deux fois le montant spécifié au Sommaire des garanties.

EXCLUSIONS ET LIMITES

Aucune prestation pour maladies redoutées ne sera versée si l'invalidité, la maladie, la blessure ou l'accident survient pendant la participation à un acte criminel, même si aucune accusation n'a été faite ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu.

Les prestations pour maladies redoutées ne sont pas payables en cas d'une maladie ou d'un état de santé résultant directement ou indirectement de l'une des causes suivantes :

- un accident, sauf pour les brûlures graves; ou
- une tentative de suicide ou une blessure ou maladie que l'assuré s'inflige ou contracte volontairement, peu importe son état d'esprit; ou
- une insurrection, une guerre (déclarée ou non), des actes hostiles de la part des forces armées de tout pays ou la participation à une émeute ou à un affrontement public; ou
- la conduite d'un véhicule alors que le taux d'alcool dans le sang de l'assuré est supérieur à la limite permise par la juridiction où l'accident est survenu. (Véhicule signifie tout moyen de transport tiré, propulsé ou conduit par n'importe quel moyen et comprend, sans s'y limiter, l'automobile, le camion, la motocyclette, le cyclomoteur, la bicyclette, la motoneige ou le bateau)

CONDITIONS PRÉEXISTANTES

Les prestations pour maladies redoutées ne sont pas payables par suite d'une condition préexistante, sauf si la maladie redoutée se manifeste après 24 mois consécutifs de protection.

Une condition préexistante désigne toute maladie ou condition pour laquelle vous, ou vos personnes à charge, avez reçu un traitement médical, une consultation, des soins ou des services (y compris des mesures diagnostiques) ou pour lequel des médicaments ont été prescrits au cours des 24 mois précédant immédiatement la date d'effet de la protection.

MALADIES REDOUTÉES NIVELÉES

MALADIES REDOUTÉES ASSURÉES

Dans le cas des trois (3) maladies redoutées suivantes, la prestation pour maladie redoutée nivelée permet un paiement des prestations à 100 % ou à 40 % du montant couvert, selon la gravité de la maladie. Veuillez communiquer avec votre administrateur de régime collectif pour obtenir le libellé exact du contrat.

Cancer - 40 % des prestations sont payables pour certains cancers qui ne constituent pas un danger de mort (certaines exclusions s'appliquent).

100 % des prestations sont payables pour la plupart des cancers invasifs ainsi que les cas de tumeurs cérébrales inopérables. L'expression « invasif » désigne un cancer qui s'est répandu à d'autres parties du corps.

Crise cardiaque - 40 % des prestations sont payables pour une crise cardiaque de classe III, qui se traduit par une limitation significative des activités physiques.

100 % des prestations sont payables pour une crise cardiaque de classe IV, qui se traduit par l'incapacité de faire une activité physique sans ressentir de malaise.

Accident vasculaire cérébral (AVC) - 40 % des prestations sont payables pour un AVC entraînant des complications neurologiques pendant plus de 30 jours.

100 % des prestations sont payables pour un AVC entraînant des complications neurologiques pendant plus de 30 jours et résultant en l'incapacité d'accomplir au moins deux des cinq activités de la vie quotidienne sans aide.

Dans le cas des maladies redoutées restantes, la garantie est payée à 100 %.

Maladie d'Alzheimer - diagnostic sans équivoque d'une maladie dégénérative du cerveau entraînant une perte importante du fonctionnement mental et social.

Cécité - diagnostic sans équivoque d'une perte permanente de la vue des deux yeux.

Brûlures - brûlures au troisième degré, subies au cours d'un seul et même accident et couvrant au moins 20 % de la surface corporelle.

Coma - état d'inconscience présentant une absence de réactions aux stimuli externes ou de réponse aux besoins internes pendant une période continue de 30 jours.

Surdité - diagnostic sans équivoque de la perte permanente et totale de l'ouïe des deux oreilles.

Perte de la parole - perte de la parole complète et incurable causée par une maladie physique.

Insuffisance majeure d'un organe - insuffisance incurable et en phase terminale, à un stade avancé ou à évolution rapide, des reins, du foie, des poumons ou du cœur, pour laquelle vous, ou vos personnes à charge, n'êtes pas candidat à recevoir une transplantation.

MALADIES REDOUTÉES NIVELÉES

MALADIES REDOUTÉES ASSURÉES (suite)

Insuffisance majeure d'un organe vital nécessitant une transplantation - insuffisance incurable des reins, du foie, des poumons ou du cœur nécessitant la transplantation de l'organe en question. L'acceptation à un programme reconnu est requise.

Maladie des motoneurones - comprend les maladies résultant de la perte de contrôle des muscles volontaires, comme la maladie de Lou Gehrig. Un diagnostic sans équivoque doit être posé et la maladie doit être telle que vous, ou vos personnes à charge, êtes incapables d'accomplir au moins deux des cinq activités de la vie quotidienne sans aide.

Sclérose en plaques - diagnostic sans équivoque posé par un neurologue reconnu. La maladie doit être telle que vous, ou vos personnes à charge, êtes incapable d'accomplir au moins deux des cinq activités de la vie quotidienne sans aide.

Paralysie - perte totale et permanente de l'usage de deux membres ou plus causée par un déficit neurologique.

Maladie de Parkinson - diagnostic sans équivoque posé par un neurologue reconnu. La maladie doit être telle que vous, ou vos personnes à charge, êtes incapables d'accomplir au moins deux des cinq activités de la vie quotidienne sans aide.

Démence sénile - diagnostic sans équivoque d'une maladie dégénérative du cerveau entraînant une perte importante du fonctionnement mental et social.

Tous les diagnostics doivent avoir été rendus par un médecin spécialiste reconnu.

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

Quatre (4) des maladies décrites précédemment font allusion aux cinq (5) activités de la vie quotidienne suivantes qu'une personne devrait normalement accomplir sans aide. Il s'agit de :

Se nourrir - porter de la nourriture préparée ou du liquide à sa bouche.

S'habiller - mettre et enlever les articles vestimentaires nécessaires qui sont habituellement portés, y compris les orthèses de membres inférieurs.

Se laver - la capacité de nettoyer la totalité de son corps à l'aide d'eau et de savon, y compris manipuler le mécanisme des robinets et de la douche, entrer dans la baignoire et en ressortir, ainsi que se sécher.

Se déplacer - la capacité de se déplacer seul d'un endroit à l'autre avec ou sans matériel d'aide à la marche.

Utiliser les toilettes - (incluant la continence) la capacité d'utiliser les toilettes, une chaise d'aisance ou un urinoir.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Le formulaire de demande de règlement est disponible auprès de votre employeur.

Vous devez faire parvenir une demande de règlement à Croix Bleue Vie dans l'année qui suit le sinistre.

Si vous êtes victime d'un sinistre autre qu'un décès, vous devez faire parvenir une demande de règlement à La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada dans l'année qui suit le sinistre.

SOINS DE SANTÉ

Si vous (ou l'une de vos personnes à charge, s'il y a lieu) engagez des frais pour l'un des services suivants pendant que vous êtes assuré, Croix Bleue Medavie paiera les frais usuels, habituels et raisonnables pour ces services admissibles, en tenant compte de la franchise, du pourcentage de remboursement ou du montant maximum indiqués au Sommaire des garanties et du montant maximal de prestation indiqué ci-dessous.

BASIQUE

HOSPITALISATION - AU CANADA

CHAMBRE D'HÔPITAL - la différence entre les frais d'hospitalisation en salle commune et le type de chambre indiqué au Sommaire des garanties.

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES - AU CANADA

HONORAIRES DE MÉDECIN - les frais engagés pour des services reçus à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré en excédent de l'indemnité offerte par le régime gouvernemental d'assurance maladie de l'adhérent.

SERVICE D'AMBULANCE - les frais de transport d'un patient en civière par un service professionnel d'ambulance ou par avion, si nécessaire, jusqu'à concurrence de trois sièges en classe économique à bord d'un vol régulier. Le montant maximum payable est 600 \$ par année civile.

ACCOMPAGNATEUR DANS L'AMBULANCE - les frais de déplacement d'un infirmier (sans lien de parenté avec le patient), lorsque médicalement nécessaire. Le montant maximum payable est 300 \$ par année civile.

SOINS INFIRMIERS À DOMICILE - les honoraires pour soins infirmiers rendus au domicile de l'assuré (ailleurs que dans une maison de convalescence ou une maison de santé) donnés par un infirmier autorisé, un infirmier de l'Ordre de Victoria du Canada, un conseiller régional en soins infirmiers ou un infirmier auxiliaire autorisé, lorsque nécessaires sur le plan médical, sur autorisation écrite du médecin traitant.

De plus, les services offerts par un aide-soignant (dûment autorisé) sont admissibles en vertu de la présente garantie jusqu'à concurrence de quatre heures par jour. Ces aides-soignants offrent des services essentiels relatifs aux activités de la vie quotidienne comme se laver, s'habiller, utiliser les toilettes, se nourrir et se déplacer. Vous êtes admissible à des services rendus par un aide-soignant à votre domicile lorsque vous êtes sous les soins actifs d'un infirmier ou si vous nécessitez temporairement des soins à domicile pendant votre période de rétablissement à votre sortie de l'hôpital. Les services qui ne sont pas admissibles en vertu de la présente garantie comprennent les soins de garde, l'entretien ménager léger, la préparation de repas, le magasinage, le transport et les soins de relève (les soins aux patients prodigués à domicile de façon intermittente visant à offrir une aide temporaire à l'aidant naturel de la famille).

Seuls les services approuvés au préalable par Croix Bleue Medavie et dispensés par un fournisseur approuvé par Croix Bleue Medavie seront examinés aux fins de remboursement. Si vous ou l'une de vos personnes à charge nécessitez de tels services, veuillez communiquer avec Croix Bleue Medavie en composant le numéro sans frais : **1-800-667-4511**

Le montant maximum payable est 6 000 \$ par assuré, par année civile. Le paiement des frais admissibles sera basé sur le barème de paiement visant les infirmiers privés établi par Croix Bleue Medavie pour la province de résidence de l'assuré.

SOINS DE SANTÉ

BASIQUE (suite)

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES - AU CANADA (suite)

SERVICES DE DIAGNOSTIC - les frais pour les services de diagnostic dispensés par un laboratoire approuvé par Croix Bleue Medavie qui, de l'avis de Croix Bleue Medavie, est apte à offrir de tels services, y compris les services de laboratoire.

OXYGÈNE - coût de l'oxygène.

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES – DANS LE MONDE ENTIER

SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT - le coût des soins dentaires requis lorsque les dents naturelles ont été endommagées par un coup direct et accidentel à la bouche ou à la mâchoire. Les soins doivent être rendus ou approuvés aux fins de paiement par Croix Bleue Medavie dans les 180 jours suivant l'accident.

APPAREILS POUR DIABÉTIQUES - le coût des appareils suivants, servant au traitement et au contrôle du diabète : préci-jet, glucomètre ou autre appareil semblable approuvé par Croix Bleue Medavie. Le maximum payable global est 250 \$ par cinq années civiles.

FOURNITURES POUR STOMISÉS - le coût de fournitures essentielles pour stomisés.

AIDES ORTHOPHONIQUES - les appareils orthophoniques (approuvés par un orthophoniste qualifié et par le médecin traitant) pour les personnes n'ayant pas une capacité normale de communication verbale, sous réserve d'un maximum payable viager de 300 \$.

AUTRES PROFESSIONNELS - les frais de traitement, (à l'exception de ceux dispensés dans un hôpital) par les professionnels licenciés suivants:

- orthophoniste qualifié - le montant maximum payable est de 1 000 \$ par année civile
- psychologue clinicien /conseiller clinicien/ psychologue/travailleur social - maximum global payable de 2 000 \$ combiné par année civile

SOINS DE SANTÉ

BASIQUE (suite)

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES – DANS LE MONDE ENTIER (suite)

PROTHÈSES - le coût des prothèses correctives suivantes :

- membres artificiels (maximum viager d'une prothèse pour chaque membre);
- prothèses mammaires (maximum d'une prothèse gauche et d'une prothèse droite par deux années civiles consécutives);
- prothèses oculaires (maximum viager d'une prothèse gauche et d'une prothèse droite);
- béquilles, attelles, plâtres;
- bandages herniaires (maximum d'un par cinq années civiles consécutives);
- appareils de soutien (maximum d'un collet cervical par année civile; pour tous les autres appareils de soutien, maximum d'un à vie);
- canne (maximum viager d'une seule canne); et
- prothèses capillaires, lorsque la perte de cheveux est causée par une pathologie sous-jacente ou son traitement, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 300 \$ de frais admissibles. Les prothèses capillaires, le traitement de remplacement et les autres traitements pour la perte physiologique de cheveux (par exemple, l'alopecie régionale masculine) sont exclus.

Le coût de remplacement de ces articles ne sera admissible qu'en raison d'un changement pathologique ou physiologique.

Les frais de réparations ou d'ajustements sont payables jusqu'à concurrence d'un maximum de 180 \$ par année civile.

FOURNITURES MÉDICALES ET APPAREILS - les frais d'achat de vêtements de compression pour les victimes de brûlures, ainsi que les frais de location (ou l'achat, sur approbation de Croix Bleue Medavie) d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital, d'appareils pour l'administration d'oxygène, d'orthèse crânienne (limite de deux à vie) et pompe à insuline (excluant les piles). Les vêtements compressifs pour brûlures majeures sont sujets à un maximum payable de 300 \$ par année civile.

PROTHÈSES AUDITIVES - le coût des prothèses auditives (à l'exclusion des piles et des examens) jusqu'à concurrence d'un maximum de 500 \$ par trois années civiles consécutives, lorsque prescrites par un oto-rhino-laryngologiste, un otologiste ou un audiologiste agréé.

SOINS DE SANTÉ

STANDARD

HOSPITALISATION - AU CANADA

CHAMBRE D'HÔPITAL - la différence entre les frais d'hospitalisation en salle commune et le type de chambre indiqué au Sommaire des garanties.

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES - AU CANADA

HONORAIRES DE MÉDECIN - les frais engagés pour des services reçus à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré en excédent de l'indemnité offerte par le régime gouvernemental d'assurance maladie de l'adhérent.

SERVICE D'AMBULANCE - les frais de transport d'un patient en civière par un service professionnel d'ambulance ou par avion, si nécessaire, jusqu'à concurrence de trois sièges en classe économique à bord d'un vol régulier. Le montant maximum payable est de 800 \$ par année civile.

ACCOMPAGNATEUR DANS L'AMBULANCE - les frais de déplacement d'un infirmier (sans lien de parenté avec le patient), lorsque médicalement nécessaire. Le montant maximum payable est de 400 \$ par année civile.

SOINS INFIRMIERS À DOMICILE - les honoraires pour soins infirmiers rendus au domicile de l'assuré (ailleurs que dans une maison de convalescence ou une maison de santé) donnés par un infirmier autorisé, un infirmier de l'Ordre de Victoria du Canada, un conseiller régional en soins infirmiers ou un infirmier auxiliaire autorisé, lorsque nécessaires sur le plan médical, sur autorisation écrite du médecin traitant.

De plus, les services offerts par un aide-soignant (dûment autorisé) sont admissibles en vertu de la présente garantie jusqu'à concurrence de quatre heures par jour. Ces aides-soignants offrent des services essentiels relatifs aux activités de la vie quotidienne comme se laver, s'habiller, utiliser les toilettes, se nourrir et se déplacer. Vous êtes admissible à des services rendus par un aide-soignant à votre domicile lorsque vous êtes sous les soins actifs d'un infirmier ou si vous nécessitez temporairement des soins à domicile pendant votre période de rétablissement à votre sortie de l'hôpital. Les services qui ne sont pas admissibles en vertu de la présente garantie comprennent les soins de garde, l'entretien ménager léger, la préparation de repas, le magasinage, le transport et les soins de relève (les soins aux patients prodigués à domicile de façon intermittente visant à offrir une aide temporaire à l'aidant naturel de la famille).

Seuls les services approuvés au préalable par Croix Bleue Medavie et dispensés par un fournisseur approuvé par Croix Bleue Medavie seront examinés aux fins de remboursement. Si vous ou l'une de vos personnes à charge nécessitez de tels services, veuillez communiquer avec Croix Bleue Medavie en composant le numéro sans frais : **1-800-667-4511**.

Le montant maximum payable est de 8 000 \$ par assuré, par année civile. Le paiement des frais admissibles sera basé sur le barème de paiement visant les infirmiers privés établi par Croix Bleue Medavie pour la province de résidence de l'assuré.

SERVICES DIAGNOSTIQUES- les frais pour des services diagnostiques lorsque fournis par un laboratoire approuvé par Croix Bleue Medavie et qui, selon Croix Bleue Medavie, possède les qualifications requises pour rendre de tels services. Ces services incluent les analyses de laboratoire.

OXYGÈNE - coût de l'oxygène.

SOINS DE SANTÉ

STANDARD (suite)

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES – DANS LE MONDE ENTIER

SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT - le coût des soins dentaires requis lorsque les dents naturelles ont été endommagées par un coup direct et accidentel à la bouche ou à la mâchoire. Les soins doivent être rendus ou approuvés aux fins de paiement par Croix Bleue Medavie dans les 180 jours suivant l'accident.

APPAREILS POUR DIABÉTIQUES - le coût des appareils suivants, servant au traitement et au contrôle du diabète : préci-jet, glucomètre ou autre appareil semblable approuvé par Croix Bleue Medavie. Le maximum payable global est 250 \$ par année civile.

FOURNITURES POUR STOMISÉS - le coût de fournitures essentielles pour stomisés.

AIDES ORTHOPHONIQUES - les appareils orthophoniques (approuvés par un orthophoniste qualifié et par le médecin traitant) pour les personnes n'ayant pas une capacité normale de communication verbale, sous réserve d'un maximum payable viager de 400 \$.

AUTRES PROFESSIONNELS - les frais de traitement, (à l'exception de ceux dispensés dans un hôpital) par les professionnels licenciés suivants:

- orthophoniste qualifié - le montant maximum payable est de 1 000 \$ par année civile
- psychologue clinicien / conseiller clinicien / psychologue/travailleur social - maximum global payable de 2 000 \$ combiné par année civile
- massothérapeute*, chiropraticien, ostéopathe, homéopathe, podologue/podiatre, physiothérapeute/thérapeute du sport, acupuncteur ou naturopathe. Les frais maximum payable pour chaque type de professionnel sont de 500 \$ par année civile. Les frais maximum global de 1 000 \$ combiné par année civile.

En plus, les frais maximum admissibles pour les radiographies sont de 35 \$ par professionnel, par année civile.

*Requiert une recommandation médicale écrite (valide pour une année). La demande de règlement doit être accompagnée d'un formulaire de demande de règlement rempli par un massothérapeute approuvé par Croix Bleue Medavie.

SOINS DE SANTÉ

STANDARD (suite)

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES – DANS LE MONDE ENTIER

PROTHÈSES - le coût des prothèses correctives suivantes :

- membres artificiels (maximum viager d'une prothèse pour chaque membre);
- prothèses mammaires (maximum d'une prothèse gauche et d'une prothèse droite par deux années civiles consécutives);
- prothèses oculaires (maximum viager d'une prothèse gauche et d'une prothèse droite);
- béquilles, attelles, plâtres;
- bandages herniaires (maximum d'un par cinq années civiles consécutives);
- appareils de soutien (maximum d'un collet cervical par année civile; pour tous les autres appareils de soutien, maximum d'un à vie);
- canne (maximum viager d'une seule canne); et
- prothèses capillaires, lorsque la perte de cheveux est causée par une pathologie sous-jacente ou son traitement, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 300 \$ de frais admissibles. Les prothèses capillaires, le traitement de remplacement et les autres traitements pour la perte physiologique de cheveux (par exemple, l'alopecie régionale masculine) sont exclus.

Le coût de remplacement de ces articles ne sera admissible qu'en raison d'un changement pathologique ou physiologique.

Les frais de réparations ou d'ajustements sont payables jusqu'à concurrence d'un maximum de 240 \$ par année civile.

FOURNITURES MÉDICALES ET APPAREILS - les frais d'achat de vêtements de compression pour les victimes de brûlures, ainsi que les frais de location (ou l'achat, sur approbation de Croix Bleue Medavie) d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital, d'appareils pour l'administration d'oxygène, d'orthèse crânienne (limite de deux à vie) et d'un appareil de neurostimulation transcutanée (TENS) et pompe à insuline (excluant les piles), avec l'autorisation écrite d'un médecin. Le frais maximum payable pour un appareil TENS sont de 240 \$ par période de cinq années civiles. Les vêtements compressifs pour brûlures majeures sont sujets à un maximum payable de 400 \$ par année civile.

SOINS DE SANTÉ

STANDARD (suite)

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES – DANS LE MONDE ENTIER

CHAUSSURES ORTHOPÉDIQUES ET ORTHÈSES PLANTAIRES FABRIQUÉES SUR MESURE - les frais pour :

1. l'achat et la réparation de chaussures orthopédiques faites sur mesure ou de chaussures orthopédiques préfabriquées qui ont été personnalisées au moyen de modifications permanentes pour accommoder, soulager ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied, à condition que :
 - les chaussures soient prescrites par le médecin traitant, un chirurgien orthopédiste, un physiatre, un rhumatologue, ou un podologue/podiatre;
 - l'assuré fournisse une copie de l'évaluation biomécanique ou de l'analyse de la démarche faite par le professionnel de la santé qui a prescrit les chaussures; et
 - les chaussures orthopédiques soient fournies par un fournisseur approuvé de chaussures orthopédiques.

2. les orthèses plantaires faites sur mesure pour accommoder, soulager ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied, à condition :
 - qu'elles soient prescrites par le médecin traitant, un chirurgien orthopédiste, un physiatre, un rhumatologue ou un podologue/podiatre; et
 - que les orthèses plantaires soient fournies par un fournisseur approuvé d'orthèses plantaires faites sur mesure.

Les frais maximum payables sont de 250 \$ par année civile. Les frais maximum payables pour les enfants à charge de moins de 21 ans sont de 250 \$ par année civile.

PROTHÈSES AUDITIVES - le coût des prothèses auditives (à l'exclusion des piles et des examens) jusqu'à concurrence d'un maximum de 500 \$ par trois années civiles consécutives, lorsque prescrites par un oto-rhino-laryngologiste, un otologiste ou un audiologiste agréé.

SOINS DE SANTÉ

AMÉLIORÉ

HOSPITALISATION - AU CANADA

CHAMBRE D'HÔPITAL - la différence entre les frais d'hospitalisation en salle commune et le type de chambre indiqué au Sommaire des garanties.

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES - AU CANADA

HONORAIRES DE MÉDECIN - les frais engagés pour des services reçus à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré en excédent de l'indemnité offerte par le régime gouvernemental d'assurance maladie de l'adhérent.

SERVICE D'AMBULANCE - les frais de transport d'un patient en civière par un service professionnel d'ambulance ou par avion, si nécessaire, jusqu'à concurrence de trois sièges en classe économique à bord d'un vol régulier. Le montant maximum payable est de 1 000 \$ par année civile.

ACCOMPAGNATEUR DANS L'AMBULANCE - les frais de déplacement d'un infirmier (sans lien de parenté avec le patient), lorsque médicalement nécessaire. Le montant maximum payable est de 500 \$ par année civile.

SOINS INFIRMIERS À DOMICILE - les honoraires pour soins infirmiers rendus au domicile de l'assuré (ailleurs que dans une maison de convalescence ou une maison de santé) donnés par un infirmier autorisé, un infirmier de l'Ordre de Victoria du Canada, un conseiller régional en soins infirmiers ou un infirmier auxiliaire autorisé, lorsque nécessaires sur le plan médical, sur autorisation écrite du médecin traitant.

De plus, les services offerts par un aide-soignant (dûment autorisé) sont admissibles en vertu de la présente garantie jusqu'à concurrence de quatre heures par jour. Ces aides-soignants offrent des services essentiels relatifs aux activités de la vie quotidienne comme se laver, s'habiller, utiliser les toilettes, se nourrir et se déplacer. Vous êtes admissible à des services rendus par un aide-soignant à votre domicile lorsque vous êtes sous les soins actifs d'un infirmier ou si vous nécessitez temporairement des soins à domicile pendant votre période de rétablissement à votre sortie de l'hôpital. Les services qui ne sont pas admissibles en vertu de la présente garantie comprennent les soins de garde, l'entretien ménager léger, la préparation de repas, le magasinage, le transport et les soins de relève (les soins aux patients prodigués à domicile de façon intermittente visant à offrir une aide temporaire à l'aidant naturel de la famille).

Seuls les services approuvés au préalable par Croix Bleue Medavie et dispensés par un fournisseur approuvé par Croix Bleue Medavie seront examinés aux fins de remboursement. Si vous ou l'une de vos personnes à charge nécessitez de tels services, veuillez communiquer avec Croix Bleue Medavie en composant le numéro sans frais : **1-800-667-4511**.

Le montant maximum payable est de 10 000 \$ par assuré, par année civile. Le paiement des frais admissibles sera basé sur le barème de paiement visant les infirmiers privés établi par Croix Bleue Medavie pour la province de résidence de l'assuré.

SOINS DE SANTÉ

AMÉLIORÉ (suite)

SERVICES DE DIAGNOSTIC - les frais pour les services de diagnostic dispensés par un laboratoire approuvé par Croix Bleue Medavie qui, de l'avis de Croix Bleue, est apte à offrir de tels services, y compris les services de laboratoire.

OXYGÈNE - coût de l'oxygène.

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES – DANS LE MONDE ENTIER

SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT - le coût des soins dentaires requis lorsque les dents naturelles ont été endommagées par un coup direct et accidentel à la bouche ou à la mâchoire. Les soins doivent être rendus ou approuvés aux fins de paiement par Croix Bleue Medavie dans les 180 jours suivant l'accident.

APPAREILS POUR DIABÉTIQUES - le coût des appareils suivants, servant au traitement et au contrôle du diabète : préci-jet, glucomètre ou autre appareil semblable approuvé par Croix Bleue Medavie. Le maximum payable global est 250 \$ par cinq années civiles.

FOURNITURES POUR STOMISÉS - le coût de fournitures essentielles pour stomisés.

AIDES ORTHOPHONIQUES - les appareils orthophoniques (approuvés par un orthophoniste qualifié et par le médecin traitant) pour les personnes n'ayant pas une capacité normale de communication verbale, sous réserve d'un maximum payable viager de 500 \$.

AUTRES PROFESSIONNELS - les frais de traitement, (à l'exception de ceux dispensés dans un hôpital) par les professionnels licenciés suivants:

- orthophoniste qualifié - le montant maximum payable est de 1 000 \$ par année civile
- psychologue clinicien / conseiller clinicien / psychologue/travailleur social - maximum global payable de 2 000 \$ combiné par année civile
- massothérapeute*, chiropraticien, ostéopathe, homéopathe, podologue/podiatre, physiothérapeute/thérapeute du sport, acupuncteur ou naturopathe. Les frais maximum payable pour chaque type de professionnel sont de 500 \$ par année civile. Les frais maximum global de 1 000 \$ combiné par année civile.

En plus, les frais maximum admissibles pour les radiographies sont de 35 \$ par professionnel, par année civile.

*Requiert une recommandation médicale écrite (valide pour une année). La demande de règlement doit être accompagnée d'un formulaire de demande de règlement rempli par un massothérapeute approuvé par Croix Bleue Medavie.

SOINS DE SANTÉ

AMÉLIORÉ (suite)

PROTHÈSES - le coût des prothèses correctives suivantes :

- membres artificiels (maximum viager d'une prothèse pour chaque membre);
- prothèses mammaires (maximum d'une prothèse gauche et d'une prothèse droite par deux années civiles consécutives);
- prothèses oculaires (maximum viager d'une prothèse gauche et d'une prothèse droite);
- béquilles, attelles, plâtres;
- bandages herniaires (maximum d'un par cinq années civiles consécutives);
- appareils de soutien (maximum d'un collet cervical par année civile; pour tous les autres appareils de soutien, maximum d'un à vie);
- canne (maximum viager d'une seule canne); et
- prothèses capillaires, lorsque la perte de cheveux est causée par une pathologie sous-jacente ou son traitement, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 300 \$ de frais admissibles. Les prothèses capillaires, le traitement de remplacement et les autres traitements pour la perte physiologique de cheveux (par exemple, l'alopecie régionale masculine) sont exclus.

Le coût de remplacement de ces articles ne sera admissible qu'en raison d'un changement pathologique ou physiologique.

Les frais maximums admissibles de réparations ou d'ajustements sont de 300 \$ par année civile.

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES – DANS LE MONDE ENTIER

FOURNITURES MÉDICALES ET APPAREILS - les frais d'achat de vêtements de compression pour les victimes de brûlures, ainsi que les frais de location (ou l'achat, sur approbation de Croix Bleue Medavie) d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital, d'appareils pour l'administration d'oxygène, d'orthèse crânienne (limite de deux à vie) et d'un appareil de neurostimulation transcutanée (TENS) et pompe à insuline (excluant les piles), avec l'autorisation écrite d'un médecin. Le frais maximum payable pour un appareil TENS sont de 300 \$ par période de cinq années civiles. Les vêtements compressifs pour brûlures majeures sont sujets à un maximum payable de 500 \$ par année civile.

SOINS DE SANTÉ

AMÉLIORÉ (suite)

CHAUSSURES ORTHOPÉDIQUES ET ORTHÈSES PLANTAIRES FABRIQUÉES SUR MESURE - les frais pour :

1. l'achat et la réparation de chaussures orthopédiques faites sur mesure ou de chaussures orthopédiques préfabriquées qui ont été personnalisées au moyen de modifications permanentes pour accommoder, soulager ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied, à condition que :
 - les chaussures soient prescrites par le médecin traitant, un chirurgien orthopédiste, un physiatre, un rhumatologue, ou un podologue/podiatre;
 - l'assuré fournisse une copie de l'évaluation biomécanique ou de l'analyse de la démarche faite par le professionnel de la santé qui a prescrit les chaussures; et
 - les chaussures orthopédiques soient fournies par un fournisseur approuvé de chaussures orthopédiques.

2. les orthèses plantaires faites sur mesure pour accommoder, soulager ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied, à condition :
 - qu'elles soient prescrites par le médecin traitant, un chirurgien orthopédiste, un physiatre, un rhumatologue ou un podologue/podiatre; et
 - que les orthèses plantaires soient fournies par un fournisseur approuvé d'orthèses plantaires faites sur mesure.

Les frais maximum payables sont de 250 \$ par année civile. Les frais maximum payables pour les enfants à charge de moins de 21 ans sont de 250 \$ par année civile.

PROTHÈSES AUDITIVES - le coût des prothèses auditives (à l'exclusion des piles et des examens) jusqu'à concurrence d'un maximum de 500 \$ par trois années civiles consécutives, lorsque prescrites par un oto-rhino-laryngologiste, un otologiste ou un audiologiste agréé.

SOINS DE SANTÉ

STANDARD ET AMÉLIORÉ

SOINS DE LA VUE

SOINS DE LA VUE (*ActionSanté*)

Verres

La garantie relative aux verres vise à rembourser le coût des verres (maximum de deux) et les honoraires professionnels applicables, jusqu'à concurrence du maximum établi par Croix Bleue Medavie.

La garantie relative aux verres s'applique lorsqu'il y a un changement dans l'erreur de réfraction, soit d'au moins une des composantes de l'ordonnance des verres suivantes : égal ou supérieur à une demi-dioptrie dans la sphère ou dans le cylindre; au moins dix degrés dans l'axe lorsque le cylindre est de deux dioptries ou moins; au moins cinq degrés dans l'axe lorsque le cylindre est supérieur à deux dioptries; une dioptrie dans le prisme horizontal (intérieur ou extérieur); ou une demie dioptrie dans le prisme vertical (supérieur ou inférieur).

Verres spéciaux et revêtements

Les verres spéciaux et revêtements requis à la suite d'une maladie précise sont admissibles s'ils sont approuvés par l'intermédiaire du processus d'autorisation préalable. Les frais maximums admissibles des verres spéciaux et revêtements approuvés par l'intermédiaire du processus d'autorisation préalable sont déterminés selon le montant établi par Croix Bleue Medavie.

Les verres spéciaux et les revêtements de verres sont admissibles lorsqu'il y a eu un changement considérable de la vision, tel que spécifié à la section des verres.

Examens de la vue spéciaux

Les examens de la vue spéciaux, nécessaires à titre de suivi pour certains problèmes médicaux précis, sont évalués au moyen de l'autorisation préalable. Le remboursement maximal et les limites de fréquence des examens de la vue spéciaux seront déterminés par Croix Bleue Medavie et approuvés au moyen du processus d'autorisation préalable.

SOINS DE SANTÉ

STANDARD ET AMÉLIORÉ (suite)

SOINS DE LA VUE (ActionSanté) (suite)

Lentilles cornéennes (facultative)

Les lentilles cornéennes sont admissibles au lieu des lentilles ophtalmiques. La garantie relative aux lentilles cornéennes vise à rembourser le coût des lentilles cornéennes et les honoraires professionnels applicables, jusqu'à concurrence du maximum établi par Croix Bleue Medavie.

La garantie relative aux lentilles cornéennes s'applique lorsqu'il y a un changement dans l'erreur de réfraction, soit d'au moins une des composantes de l'ordonnance des lentilles cornéennes suivantes : égal ou supérieur à une demi-dioptrie dans la sphère ou dans le cylindre; au moins dix degrés dans l'axe lorsque le cylindre est de deux dioptries ou moins; au moins cinq degrés dans l'axe lorsque le cylindre est supérieur à deux dioptries.

Lentilles cornéennes (requis pour des raisons médicales)

Les lentilles cornéennes et les mesures d'ajustement initiales des lentilles cornéennes à la suite d'une kératite, d'une perforation ou d'une cicatrisation de la cornée, du karatocône, d'aphakie ou d'autres problèmes médicaux approuvés par Croix Bleue Medavie sont admissibles si elles sont approuvées par le biais du processus d'autorisation préalable.

Lorsque les lentilles cornéennes sont approuvées par le biais du processus d'autorisation préalable pour le problème médical précisé, la garantie facultative relative aux lentilles cornéennes décrite ci-dessus n'est pas applicable.

Les lentilles cornéennes de remplacement requises pour des raisons médicales observent les mêmes critères que les lentilles cornéennes de la garantie facultative relativement aux prestations et à leur fréquence.

Entraînement visuel

Les soins relatifs à l'entraînement visuel, tel qu'exigé pour le traitement du déséquilibre des muscles oculaires ou d'un autre problème d'ordre médical sur approbation de Croix Bleue Medavie, sont admissibles s'ils sont approuvés par le biais du processus d'autorisation préalable.

SOINS DE SANTÉ

BASIQUE, STANDARD & AMÉLIORÉ

MÉDICAMENTS ASSURÉS

Veillez consulter le Sommaire des garanties pour connaître les modalités de remboursement et la liste de médicaments assurés qui s'applique à ce régime, et pour savoir si les médicaments assurés font l'objet d'un paiement direct ou d'un remboursement.

Certains médicaments sur ordonnance figurant sur la liste des médicaments admissibles peuvent être assujettis à des quantités maximales, à des montants maximums, à des franchises, à des quotes-parts ou à d'autres maximums approuvés par Croix Bleue Medavie.

SUBSTITUTION OBLIGATOIRE PAR UN MÉDICAMENT GÉNÉRIQUE

Si un médicament interchangeable a été prescrit, Croix Bleue Medavie remboursera seulement le coût du médicament interchangeable le moins cher, lorsque prescrit par un médecin et fourni par un fournisseur approuvé. Croix Bleue Medavie applique la clause de substitution même si le médecin indique que le médicament interchangeable ne peut être substitué.

Le participant peut se procurer un médicament interchangeable de coût plus élevé et alors payer la différence de coût. Si le participant ne tolère pas le médicament interchangeable dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, Croix Bleue Medavie peut accepter de rembourser le coût du médicament interchangeable prescrit, sur une base de cas par cas, par le biais du processus d'exception précisé, lorsque le médecin a soumis un formulaire de déclaration d'effets secondaires à Santé Canada.

PRIX MAXIMUM ADMISSIBLE

En plus de la Clause de substitution obligatoire par un médicament générique, Croix Bleue rembourse seulement le coût du médicament le moins coûteux de sa classe thérapeutique. Une classe thérapeutique est composée des médicaments similaires qui traitent la même condition et offrent une efficacité et une sécurité semblables. Le prix maximum admissible s'appliquera à trois classes de médicaments prescrits pour traiter les maladies gastro-intestinales (inhibiteurs de la pompe à protons), le taux élevé de cholestérol (statines) et l'hypertension artérielle (inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine). Le régime rembourse selon le niveau un en fonction du médicament de référence pour chaque classe. Le prix maximum admissible est seulement applicable pour les maladies gastro-intestinales (inhibiteurs de la pompe à protons) pour les assurés couverts en vertu du régime d'assurance médicaments du Québec.

Si l'assuré ne tolère pas le médicament fourni, ou en cas d'échec lors du traitement avec celui-ci, Croix Bleue Medavie peut accepter de rembourser le coût du médicament interchangeable prescrit, sur une base de cas par cas, par le biais du processus d'exception précisé, lorsque le médecin a soumis un formulaire de déclaration d'effets secondaires à Santé Canada.

SOINS DE SANTÉ

BASIQUE, STANDARD & AMÉLIORÉ (suite)

MÉDICAMENTS ASSURÉS

SYSTÈMES DE SURVEILLANCE DU GLUCOSE

Les frais pour des récepteurs, des transmetteurs et des capteurs pour la surveillance du glucose en continu (SGC) lorsque requis pour les assurés qui se sont vu prescrire de l'insuline pour le traitement du diabète, jusqu'à un maximum payable de 4 000 \$ par année civile.

MÉDICAMENTS SPÉCIALISÉS ONÉREUX

Un médicament qui requiert une autorisation préalable, et :

- coûte 10 000 \$ ou plus par traitement ou par année civile; et
- est utilisé pour traiter des maladies chroniques complexes ou mettant la vie en danger, telles que les maladies cardiaques, l'arthrite rhumatoïde, le cancer, la sclérose en plaques et l'hépatite C; et
- est prescrit par un spécialiste; ou
- est considéré comme un médicament spécialisé onéreux par le Groupe consultatif sur les médicaments et peut inclure une participation obligatoire au programme de soutien aux patients. Croix Bleue Medavie peut soustraire du montant du médicament spécialisé onéreux un montant égal au montant de l'assistance financière que la personne est en droit de recevoir, pour ce service ou cette fourniture, en vertu d'un programme de soutien aux patients.

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PATIENTS

Un programme qui offre un soutien aux personnes pour l'achat de services ou de fournitures et qui inclut, sans s'y limiter, les médicaments spécialisés onéreux.

SOINS DE SANTÉ

Exigences minimales de la couverture médicaments au Québec

La présente clause s'applique aux assurés du Québec.

Loi sur l'assurance médicaments

Le contrat doit être administré conformément à la *Loi sur l'assurance médicaments* (« la Loi ») à l'égard des assurés du Québec, incluant les conditions de la Loi en ce qui concerne la coassurance maximale, les déboursés maximums, les médicaments admissibles, les médicaments d'exception et les services en pharmacie admissibles.

La clause Exclusions et restrictions de la présente garantie ne peut en aucun cas, à l'égard des assurés du Québec, rendre la couverture des médicaments moins généreuse que celle prévue par le régime général d'assurance médicaments établi par la Loi.

Déboursé maximum par année civile

Si au cours d'une année civile, l'adhérent dépense, pour des médicaments admissibles, un montant de frais supérieur au montant de la contribution maximale fixée par la RAMQ, pour lui-même ou pour ses personnes à charge, les montants admissibles qui excèdent cette contribution sont remboursés à 100 % par Croix Bleue, jusqu'à la fin de cette année civile. Le montant de la contribution comprend la franchise et la coassurance, s'il y a lieu, pour l'adhérent et ses personnes à charge.

Assurés âgés de 65 ans et plus

À l'âge de 65 ans, un assuré du Québec est automatiquement inscrit comme bénéficiaire du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ. Par conséquent, lorsqu'un tel assuré atteint l'âge de 65 ans, il doit décider :

- d'annuler son inscription automatique au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ; ou
- d'accepter la couverture du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ.

La décision d'annuler l'inscription automatique au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ est révocable.

La décision d'accepter la couverture du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ est irrévocable.

SOINS DE SANTÉ

Les assurés du Québec qui choisissent la couverture du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ sont admissibles à un remboursement pour les dépenses suivantes en vertu de cette garantie

- la franchise et la coassurance payées par un assuré du Québec en vertu du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ; et
- le remboursement de tout médicament admissible qui n'est pas inclus dans le régime public d'assurance médicaments de la RAMQ, mais qui est couvert en vertu de la présente garantie, sous réserve de la Franchise et du Pourcentage de remboursement mentionnés dans le Sommaire des garanties

Si l'adhérent choisit de s'inscrire au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ, ses personnes à charge doivent aussi s'inscrire auprès de la RAMQ.

Si un assuré du Québec décide de maintenir sa couverture de médicaments en vertu de la présente garantie, Croix Bleue se réserve le droit de modifier les taux de prime applicables à la présente garantie pour tout assuré du Québec âgé de 65 ans et plus.

SOINS DE SANTÉ

EXCEPTIONS ET LIMITES

Les prestations relatives aux soins de santé ne seront pas versées pour les frais se rapportant aux cas suivants :

- les services de convalescence, de garde ou de réadaptation
- les soins donnés pour des conditions qui ne sont pas nuisibles pour la santé
- les produits ou services habituellement offerts sans frais ou à un coût minime en vertu du régime gouvernemental d'assurance maladie de l'assuré
- les soins et services que l'assuré reçoit ou est en droit de recevoir de la Commission des accidents du travail
- les frais de kilométrage ou de livraison
- les frais engagés à la suite d'une insurrection ou d'une guerre
- les blessures subies durant la perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel
- les produits ou services de nature expérimentale ou aux fins de recherche
- les produits ou services qui ne sont pas médicalement nécessaires.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si votre emploi prend fin, vous pouvez transformer votre régime en un régime individuel établi par Croix Bleue Medavie, à condition que la demande soit faite dans les 31 jours suivant la date de la cessation d'emploi. Ce droit de transformation est également offert au conjoint survivant ou aux enfants à charge advenant votre décès.

Les assurés du Québec qui ne sont plus admissibles à la Garantie Médicaments ne peuvent pas transformer leur couverture collective de médicaments en une assurance individuelle. S'ils ne sont pas admissibles à un autre régime collectif, ils doivent alors communiquer avec la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et s'inscrire au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ.

SOINS DE SANTÉ

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Les demandes de règlement pour les Soins de santé et les Soins dentaires se font par mode de remboursement à moins d'être indiqué autrement dans le Sommaire des garanties. Les demandes doivent être présentées dans les 12 mois suivant la réception des services et des fournitures. Pour demander un règlement par mode de remboursement, veuillez suivre les procédures prescrites au paragraphe (b) ci-dessous.

Pour les demandes de règlement pour les Soins de santé, les Médicaments ou les Soins dentaires, l'adhérent ou sa personne à charge doit s'assurer qu'il se fait traiter par un professionnel de la santé approuvé par Croix Bleue Medavie. Par la suite, une des procédures suivantes doit être entamée :

- a) Mode de paiement direct : présentez la carte d'identification Croix Bleue Medavie de l'adhérent, le fournisseur s'occupe de facturer directement à Croix Bleue Medavie, ou
- b) Mode de remboursement : payez le fournisseur, obtenez un reçu officiel et soumettez-le à Croix Bleue Medavie aux fins de traitement. Remplissez les formulaires de demande appropriés, disponibles chez votre employeur ou le fournisseur de services. Pour les demandes de règlement de médicaments par mode de remboursement, les reçus doivent comprendre les renseignements suivants pour chaque ordonnance :
 - nom du patient;
 - numéro et date de l'ordonnance;
 - le numéro du médicament (DIN) ou son nom, de même que la concentration et la quantité.
- c) Certaines garanties nécessitent une autorisation préalable de la part de Croix Bleue Medavie. Pour faire une demande d'autorisation préalable à Croix Bleue Medavie, vous devez faire remplir le formulaire d'autorisation préalable approprié par un professionnel de la santé. Les frais encourus pour remplir le formulaire sont de votre responsabilité.

Remarque : Soumettez votre demande le plus rapidement possible, afin qu'elle soit traitée en temps opportun.

SOINS DE SANTÉ

BASIQUE, STANDARD & AMÉLIORÉ

PROTECTION VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER

La protection voyage dans le monde entier couvre une vaste gamme de services ou de soins qui peuvent être requis à la suite d'un accident ou d'une maladie inattendue alors que l'adhérent est à l'extérieur de sa province de résidence pendant que le présent régime est en vigueur. Sous réserve des montants maximum indiqués ci-dessous, le régime rembourse 100 % des frais admissibles sans maximum global, en excédent des frais payables par un régime gouvernemental d'assurance maladie.

Urgence ou situation d'urgence : Une situation soudaine et inattendue qui nécessite un traitement médical immédiat suite à d'un accident;ou une condition médicale que l'assuré avait avant un voyage.

Les frais admissibles comprennent :

HOSPITALISATION - les frais de séjour en chambre d'hôpital (et non une suite) et le coût des soins nécessaires sur le plan médical au patient hospitalisé ou traité au service de consultation externe.

MÉDECINS ET CHIRURGIENS - les honoraires usuels de médecins et de chirurgiens pour les soins rendus.

APPAREILS MÉDICAUX - le coût des plâtres, des cannes, d'écharpes, d'attelles, de bandages herniaires et d'appareils de soutien ainsi que la location temporaire d'un fauteuil roulant lorsque nécessaire en raison d'un accident ou d'une maladie soudaine qui se produit à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré et sur ordonnance d'un médecin.

SOINS INFIRMIERS - les honoraires pour des soins infirmiers privés (l'infirmier ne doit pas avoir de lien de parenté avec le patient ou être un employé de l'hôpital), sur ordonnance du médecin traitant.

SERVICE D'AMBULANCE - les frais usuels de transport par ambulance, y compris par ambulance aérienne et secours d'urgence à destination ou en provenance de l'établissement hospitalier agréé le plus proche.

SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT ET AUTRES URGENCES

DENTAIRES : Les honoraires pour les services d'un dentiste pour un traitement :

- a) relatif à l'endommagement de dents naturelles résultant d'un coup direct accidentel à la bouche;
- b) nécessaire pour réparer une fracture ou une dislocation de la mâchoire résultant d'un accident; ou
- c) nécessaire pour soulager une douleur dentaire urgente, autre que les cas figurant en a) ou en b).

Pour un traitement des catégories a) ou b) :

- le traitement doit débuter alors que l'assuré est couvert par la présente garantie et se terminer dans les 6 mois suivant l'accident, sauf si un traitement différé est approuvé par Croix Bleue en raison de l'âge du patient; et
- le remboursement maximal par événement est de 2 000 \$.

Pour les traitements de la catégorie c), le remboursement maximal par événement est de 200 \$.

SOINS DE SANTÉ

BASIQUE, STANDARD & AMÉLIORÉ

RAPATRIEMENT DANS LA PROVINCE DE RÉSIDENCE : Les frais pour le rapatriement de l'assuré dans sa province de résidence pour recevoir des soins médicaux immédiats, ainsi que les frais de rapatriement simultané d'un compagnon de voyage ou des membres de sa famille qui l'accompagnent et qui sont couverts en vertu du contrat. Est également admissible le coût d'un préposé médical qui l'accompagne.

Si le retour se fait sur un vol commercial, la couverture inclut :

- le transport en classe économique jusqu'à la ville de résidence de l'assuré au Canada; et
- s'il s'agit d'un préposé médical, le transport de retour en classe économique.

Sauf si le rapatriement ou le transfert de l'assuré est impossible pour des raisons médicales jugées satisfaisantes par Croix Bleue, cette dernière peut demander le rapatriement de tout assuré ou son transfert vers un autre établissement hospitalier. Si l'assuré refuse le rapatriement ou le transfert, tous ses droits aux prestations prennent fin relativement à l'événement en cause.

SERVICES DIAGNOSTIQUES - les frais d'analyse de laboratoire et de radiographies aux fins de diagnostic, sur ordonnance du médecin traitant.

SERVICES PARAMÉDICAUX - les honoraires d'un chiropraticien, d'un ostéopathe, d'un podologue ou podiatre, ou d'un physiothérapeute autorisés, jusqu'à concurrence des frais habituels et courants à l'exclusion du coût des radiographies.

MÉDICAMENTS ASSURÉS - les coûts des médicaments, sérums et produits injectables approuvés par Croix Bleue Medavie et achetés sur ordonnance d'un médecin (à l'exclusion des vitamines, médicaments brevetés et spécialités pharmaceutiques).

RETOUR DU VÉHICULE - le coût du retour, par une agence commerciale, du véhicule personnel du patient ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à l'agence de location appropriée la plus proche, si une maladie ou un accident le rend incapable de s'en occuper, sous réserve d'un remboursement maximal de 500 \$ canadiens.

RETOUR DE LA DÉPOUILLE - le coût de la préparation et le transport de la dépouille de l'assuré (excluant le coût du cercueil) au point de départ au Canada par la voie la plus directe, jusqu'à concurrence de 3 000 \$ canadiens.

REPAS ET HÉBERGEMENT - les frais d'hébergement et de repas dans un établissement commercial, engagés par l'adhérent ou l'une de ses personnes à charge parce qu'ils doivent reporter leur retour en raison d'une maladie contractée ou d'une blessure subie par un compagnon de voyage ou un assuré, jusqu'à concurrence de 1 200 \$ canadiens par voyage (150 \$ par jour pour huit jours), sous réserve de la présentation d'une attestation du médecin traitant à l'appui et des reçus de l'établissement commercial.

FRAIS DE DÉPLACEMENT POUR RENDRE VISITE À L'ASSURÉ - le coût d'un billet aller-retour en classe économique par la voie la plus directe (avion, autobus, train) pour se rendre au chevet d'un assuré hospitalisé, si le médecin traitant juge nécessaire la présence d'un membre de la famille ou d'un ami proche de l'adhérent, ou pour identifier la dépouille.

SOINS DE SANTÉ

BASIQUE, STANDARD & AMÉLIORÉ (suite)

PROTECTION VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER

ASSISTANCE D'URGENCE - un service d'assistance est offert 24 heures par jour, au moyen d'une ligne téléphonique directe, aux assurés qui ont besoin d'aide pendant un voyage. En téléphonant au numéro indiqué sur votre carte « Service d'assistance dans le monde entier » en cas d'urgence médicale, votre couverture d'assurance est confirmée à l'hôpital ou au médecin. Le paiement des frais médicaux sera coordonné au nom de l'assuré. Les services suivants sont également offerts.

Assistance médicale - le patient peut demander une liste d'hôpitaux ou d'établissements médicaux. Des dispositions seront prises pour les services suivants :

- avis d'un médecin dûment autorisé
- suivi médical de l'état du patient et communication avec l'adhérent ou sa famille
- retour du patient à domicile ou transfert du patient lorsque sa condition médicale le permet
- transport d'un membre de la famille au chevet du patient ou pour identifier la dépouille.

Assistance générale - le patient peut demander :

- une communication en cas d'urgence dans n'importe quelle langue principale
- de l'aide en cas d'urgence pour communiquer avec la famille ou l'entreprise; et
- le renvoi à un conseiller juridique.

EXCLUSIONS

1. Aucune prestation ne sera versée en vertu du présent contrat sauf si le participant est couvert par un régime de santé provincial. Chaque participant devrait s'assurer d'être couvert par le régime de santé provincial en place pendant la durée de leur voyage. Il est important de noter que les règles relatives aux absences de leur province de résidence varient d'une province à l'autre et peuvent être modifiées à tout moment. Il est fortement recommandé que chaque voyageur contacte son régime provincial de soins de santé applicable pour confirmer sa couverture provinciale avant chaque départ.
2. Aucune prestation ne sera versée en vertu du présent contrat à l'égard des assurés voyageant à l'extérieur de leur province de résidence principalement ou accessoirement pour consulter un médecin ou pour recevoir un traitement médical, et ce, même si le voyage est effectué sur recommandation d'un médecin, sauf lorsque :
 - a) survient une urgence à la suite d'un accident ou d'une maladie inattendue n'étant pas reliée au but du voyage, et
 - b) toute enquête menée subséquemment ne peut prouver que l'urgence était reliée.
3. Aucune prestation ne sera versée en vertu du présent régime pour une intervention chirurgicale ou un traitement facultatifs non urgents, c'est-à-dire un traitement ou une intervention chirurgicale a) qui n'est pas requis pour le soulagement immédiat d'une douleur aiguë, b) qui peut raisonnablement être reporté après le retour de l'assuré au Canada ou c) que l'assuré a choisi de recevoir ou de subir à l'extérieur du Canada à la suite du traitement d'urgence ou du diagnostic d'un problème de santé qui (avec information médicale à l'appui) n'aurait pas empêché l'assuré de retourner au Canada pour y recevoir le traitement ou l'intervention chirurgicale.

SOINS DE SANTÉ

BASIQUE, STANDARD & AMÉLIORÉ (suite)

PROTECTION VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER

4. Aucune prestation ne sera versée en vertu du présent régime si l'assuré reçoit des prestations identiques d'une tierce partie.
5. Aucune prestation ne sera versée pour des frais engagés à la suite de l'usage abusif de médicaments, d'un suicide ou d'une tentative de suicide, d'actes criminels ou de blessures causées lors de la conduite d'un véhicule moteur, alors que le taux d'alcool de l'assuré est supérieur à la limite permise dans la juridiction où a lieu l'accident.
6. Croix Bleue Medavie, en consultation avec le médecin traitant, se réserve le droit de rapatrier le patient au Canada. Si un assuré, d'après l'information médicale à l'appui, est en mesure de retourner au Canada à la suite du diagnostic et du traitement d'urgence d'une condition médicale pour y continuer les soins médicaux, le traitement ou y subir l'intervention chirurgicale requise, et qu'il choisit de recevoir les traitements en question à l'extérieur du Canada, les frais pour ces services médicaux de suivi, ce traitement ou cette chirurgie ne seront pas couverts en vertu du présent régime. Croix Bleue Medavie n'assume aucune responsabilité si l'état de santé de l'assuré se détériore pendant ou après son rapatriement au Canada.
7. Les prestations ne sont payables que pour des frais engagés par suite d'une maladie subite ou d'un accident survenant pendant un voyage à l'extérieur de la province de résidence du participant.
8. La couverture se limite aux montants qui excèdent les garanties de tout autre régime. Si la cour détermine que ce régime ainsi que tout autre régime offre la couverture principale, cette garantie sera coordonnée avec l'autre régime, tel que décrit à la section Coordination des prestations.
9. Croix Bleue Medavie ne couvre pas les frais au-delà de 2 millions de dollars canadiens par assuré, par événement à l'extérieur de la province de résidence.

Toutes les demandes de règlement et tous les formulaires gouvernementaux requis doivent être soumis dans les quatre (4) mois suivant la date du service.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Si vous ne faites pas appel au service d'Assistance d'urgence, veuillez obtenir des reçus détaillés en double exemplaire pour tous les frais engagés à l'extérieur de votre province de résidence. À votre retour, envoyez-en une copie au régime gouvernemental d'assurance maladie de votre province pour fins d'évaluation et de paiement. Lorsque vous aurez reçu une réponse, envoyez la preuve du paiement, avec les reçus pertinents, au service des règlements de Croix Bleue Medavie pour obtenir le paiement des frais admissibles non payés. Indiquez toujours votre numéro d'identification lorsque vous présentez une demande de règlement à Croix Bleue Medavie.

Les demandes de règlement relatives à des services rendus à l'extérieur du Canada sont remboursées par Croix Bleue Medavie en devises canadiennes, au taux de change en vigueur à la date où le service a été rendu.

SOINS DE SANTÉ

BASIQUE, STANDARD & AMÉLIORÉ (suite)

PROTECTION VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER

PATIENS DIRIGÉS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Lorsque les assurés sont dirigés à l'extérieur du Canada par le médecin traitant pour des services médicaux qui ne sont pas offerts au Canada, Croix Bleue Medavie paiera pour les frais admissibles suivants. Le paiement sera effectué selon les frais usuels et raisonnables, en excédent de ceux couverts par le régime provincial d'assurance maladie, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 500 000 \$ par assuré.

HOSPITALISATION - Les frais hospitaliers, moins ceux couverts par le régime provincial d'assurance maladie, pour tous les services médicaux nécessaires tels que :

- chambres d'hôpital
- chambre de soins intensifs
- soins infirmiers
- salles d'opération et salles de réveil
- services diagnostiques, incluant les frais de laboratoires et les radiographies
- oxygène et sang
- médicaments sur ordonnance, incluant les solutions intraveineuses
- physiothérapie

MÉDECINS ET CHIRURGIENS - Les honoraires usuels de médecins et de chirurgiens pour les soins rendus, moins la somme remboursée par le régime provincial d'assurance maladie.

AMBULANCE - Les frais de services ambulanciers agréés pour le transport d'un patient en civière à destination ou en provenance de l'hôpital le plus près où le patient pourra recevoir les soins essentiels. Les frais de transport en ambulance aérienne sont couverts jusqu'à concurrence du coût de trois places en classe économique sur un vol régulier.

INFIRMIER ACCOMPAGNANT LE PATIENT EN AMBULANCE - Les frais de déplacement d'un infirmier autorisé ou d'un auxiliaire médical qualifié (sans lien de parenté avec le patient) qui accompagne le patient en ambulance lorsque médicalement nécessaire et approuvé par Croix Bleue Medavie.

Toutes les demandes de règlement et tous les formulaires gouvernementaux requis doivent être soumis dans les 12 mois suivant la date du service.

SOINS DE SANTÉ

BASIQUE, STANDARD & AMÉLIORÉ (suite)

PROTECTION VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER

PATIENTS DIRIGÉS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

EXCLUSIONS ET LIMITES

1. La référence d'un patient à l'extérieur du Canada doit être pour des services médicalement nécessaires et qui ne sont pas offerts au Canada, comme il sera déterminé par Croix Bleue Medavie.
2. Croix Bleue Medavie doit avoir préalablement approuvé le remboursement de la demande de règlement.
3. Le remboursement sera versé en fonction des honoraires usuels et raisonnables du fournisseur de produits ou de services dans la région où les services sont donnés.
4. La prestation est payable seulement pour les produits fournis ou les services rendus au patient pendant qu'il était sous les soins actifs d'un médecin habilité à pratiquer.
5. Aucune prestation n'est payable pour le traitement d'une maladie s'étant déclarée au cours d'une période de 12 mois après la date d'entrée en vigueur du régime collectif accordé à l'assuré et pour laquelle l'assuré a reçu des traitements ou pour laquelle des médicaments lui ont été prescrits dans les 12 mois précédant la date d'entrée en vigueur de la protection.
6. Les services fournis à l'extérieur du Canada ne doivent pas être à titre expérimental ou aux fins de recherche.
7. Les références d'un patient à l'extérieur du Canada excluent, entre autres, les services qui ne sont pas offerts en raison des listes d'attente ou les traitements qui ont été refusés par un médecin au Canada.

SOINS DENTAIRES

En vertu de la Garantie Soins dentaires, vous et vos personnes à charge êtes couverts pour une vaste gamme de soins dentaires, tels qu'énumérés ci-dessous. Croix Bleue Medavie rembourse les frais des services admissibles suivants conformément aux montants prévus au Sommaire des garanties et tels que spécifiés ci-après. Les frais admissibles, les limites de garanties et les fréquences sont ceux autorisés par Croix Bleue Medavie.

BASIQUE

SOINS PRÉVENTIFS

DIAGNOSTIC

- Examens de rappel - un par année civile pour les assurés de 19 ans et plus; deux par année civile pour les assurés de moins de 19 ans
- Examens spécifiques - un de chacun par année civile
- Analyse de la dentition mixte - une à vie

PRÉVENTION

- Fluorure - un par année civile pour les assurés de moins de 19 ans.
- Scellants - un par les prémolaires et les molaires à vie pour les assurés de moins de 19 ans.

SERVICES DE BASE

DIAGNOSTICS

- Un examen complet par fournisseur par période de cinq années civiles.
- Radiographies interproximales et périapicales - limite de quatre pellicules par année civile.
- Examens d'urgence - un par année civile.

CHIRURGIE BUCCALE

- Ablation chirurgicale - dent incluse, racines résiduelles.
- Exposition chirurgicale et déplacement d'une dent.
- Remodelage et modification de la forme des tissus buccaux.
- Ablation - tumeurs bénignes, kystes/granulomes.
- Incision - drainage et séquestrectomie.
- Traitement des fractures - réimplantation d'une dent avulsée et reposition d'une dent déplacée par traumatisme.
- Traitement des malformations - frénectomie/frénoplastie.

SOINS DENTAIRES

BASIQUE (suite)

PARODONTIE

Les montants maximum admissibles pour les soins de parodontie sont spécifiés dans le Sommaire des garanties.

Traitements non chirurgicaux – Gestion des maladies bucco-dentaires – un de chaque catégorie par année civile.

Traitements chirurgicaux – Curetage, gingivoplastie, gingivectomie, approche par lambeau et greffes.

Services complémentaires

- Jumelage - un par secteur par trois années civiles.
- Ablation d'un jumelage et équilibrage de l'occlusion - deux unités par année civile.
- Surfaçage radiculaire - maximum de huit unités par année civile.
- *Appareils parodontaux - y compris les appareils pour contrôler le bruxisme.
- Entretien, ajustement et réparation d'appareils - deux unités par année civile.
- Regarnissage d'appareil - un par deux années civiles.

*(Limite d'un appareil maxillaire (supérieur) et d'un appareil mandibulaire (inférieur) par deux années civiles.)

ENDODONTIE

- Traitement de la chambre pulpaire - Pulpotomie/Pulpectomie.
- Traitement de canal.
- Soins périapicaux.
- Traitements endodontiques (divers)

SOINS DENTAIRES

STANDARD

SOINS PRÉVENTIFS

DIAGNOSTIC

- Examens de rappel - un par année civile pour les assurés de 19 ans et plus; deux par année civile pour les assurés de moins de 19 ans.
- Examens spécifiques - un de chacun par année civile.
- Analyse de la dentition mixte - une à vie.

PRÉVENTION

- Polissage - deux unités de chacun par année civile pour les assurés de 19 ans et plus; une unité de chacun par année civile pour les assurés de moins de 19 ans.
- Détartrage – six unités par année civile.
- Fluorure - un par année civile pour les assurés de moins de 19 ans.
- Scellants - un par les prémolaires et les molaires à vie pour les assurés de moins de 19 ans.

SERVICES DE BASE

DIAGNOSTICS

- Un examen complet par fournisseur par période de cinq années civiles.
- Radiographies interproximales et périapicales - limite de quatre pellicules par année civile.
- Examens d'urgence - un par année civile.

RESTAURATION

- Caries, traumatismes et contrôle de la douleur.
- Obturations en composite sur les dents antérieures, les prémolaires et les molaires.
- Obturations en amalgame conventionnel sur toutes les dents. Les obturations en amalgame lié, jusqu'à concurrence du coût d'un amalgame conventionnel comparable.
- Restaurations complètes préfabriquées sur les dents primaires et permanentes.

CHIRURGIE BUCCALE

- Extraction de dents ayant fait éruption; contrôle de l'hémorragie; soins postchirurgicaux mineurs.
- Ablation chirurgicale - dent incluse, racines résiduelles.
- Exposition chirurgicale et déplacement d'une dent.
- Remodelage et modification de la forme des tissus buccaux.
- Ablation - tumeurs bénignes, kystes/granulomes.
- Incision - drainage et séquestrectomie.
- Traitement des fractures - réimplantation d'une dent avulsée et reposition d'une dent déplacée par traumatisme.
- Traitement des malformations - frénectomie/frénoplastie.

SOINS DENTAIRES

STANDARD (suite)

PARODONTIE

Les montants maximum admissibles pour les soins de parodontie sont spécifiés dans le Sommaire des garanties.

Traitements non chirurgicaux – Gestion des maladies bucco-dentaires – un de chaque catégorie par année civile.

Traitements chirurgicaux – Curetage, gingivoplastie, gingivectomie, approche par lambeau et greffes.

Services complémentaires

- Jumelage - un par secteur par trois années civiles.
- Ablation d'un jumelage et équilibrage de l'occlusion - deux unités par année civile.
- Détartrage/surfaçage radiculaire - maximum combiné de six unités par année civile.
- *Appareils parodontaux - y compris les appareils pour contrôler le bruxisme.
- *Appareil pour l'articulation temporomandibulaire (ATM) - admissible seulement s'il est fourni par un spécialiste.
- *Appareil pour le soulagement des douleurs myofaciales - admissible seulement s'il est fourni par un spécialiste.
- Entretien, ajustement et réparation d'appareils - deux unités par année civile.
- Regarnissage d'appareil - un par deux années civiles.

*(Limite d'un appareil maxillaire (supérieur) et d'un appareil mandibulaire (inférieur) par deux années civiles.)

ENDODONTIE

- Traitement de la chambre pulpaire - Pulpotomie/Pulpectomie.
- Traitement de canal.
- Soins périapicaux.
- Traitements endodontiques (divers).

SOINS DENTAIRES

AMÉLIORÉ

SOINS PRÉVENTIFS

DIAGNOSTIC

- Examens de rappel - deux par année civile
- Examens spécifiques - un de chacun par année civile
- Analyse de la dentition mixte - une à vie

PRÉVENTION

- Polissage - deux unités de chacun par année civile pour les assurés de 19 ans et plus; une unité de chacun par année civile pour les assurés de moins de 19 ans.
- Détartrage – dix unités par année civile
- Fluorure - un par année civile pour les assurés de moins de 19 ans.
- Scellants - un par les prémolaires et les molaires à vie pour les assurés de moins de 19 ans.

SERVICES DE BASE

DIAGNOSTICS

- Un examen complet par fournisseur par période de cinq années civiles.
- Radiographies interproximales et périapicales - limite de quatre pellicules par année civile.
- Examens d'urgence - un par année civile.

RESTAURATION

- Caries, traumatismes et contrôle de la douleur.
- Obturations en composite sur les dents antérieures, les prémolaires et les molaires.
- Obturations en amalgame conventionnel sur toutes les dents. Les obturations en amalgame lié, jusqu'à concurrence du coût d'un amalgame conventionnel comparable.
- Restaurations complètes préfabriquées sur les dents primaires et permanentes.

CHIRURGIE BUCCALE

- Extraction de dents ayant fait éruption; contrôle de l'hémorragie; soins postchirurgicaux mineurs
- Ablation chirurgicale - dent incluse, racines résiduelles.
- Exposition chirurgicale et déplacement d'une dent.
- Remodelage et modification de la forme des tissus buccaux.
- Ablation - tumeurs bénignes, kystes/granulomes.
- Incision - drainage et séquestrectomie.
- Traitement des fractures - réimplantation d'une dent avulsée et reposition d'une dent déplacée par traumatisme.
- Traitement des malformations - frénectomie/frénoplastie.

SOINS DENTAIRES

AMÉLIORÉ (suite)

PARODONTIE

Les montants maximum admissibles pour les soins de parodontie sont spécifiés dans le Sommaire des garanties.

Traitements non chirurgicaux – Gestion des maladies bucco-dentaires – un de chaque catégorie par année civile.

Traitements chirurgicaux – Curetage, gingivoplastie, gingivectomie, approche par lambeau et greffes.

Services complémentaires

- Jumelage - un par secteur par trois années civiles.
- Ablation d'un jumelage et équilibrage de l'occlusion - deux unités par année civile.
- Détartrage/surfaçage radiculaire - maximum combiné de dix unités par année civile.
- *Appareils parodontaux - y compris les appareils pour contrôler le bruxisme.
- *Appareil pour l'articulation temporomandibulaire (ATM) - admissible seulement s'il est fourni par un spécialiste.
- *Appareil pour le soulagement des douleurs myofaciales - admissible seulement s'il est fourni par un spécialiste.
- Entretien, ajustement et réparation d'appareils - deux unités par année civile.
- Regarnissage d'appareil - un par deux années civiles.

*(Limite d'un appareil maxillaire (supérieur) et d'un appareil mandibulaire (inférieur) par deux années civiles.)

ENDODONTIE

- Traitement de la chambre pulpaire - Pulpotomie/Pulpectomie.
- Traitement de canal.
- Soins périapicaux.
- Traitements endodontiques (divers)

SOINS DENTAIRES

BASIQUE, STANDARD & AMÉLIORÉ

SOINS MAJEURS

DIAGNOSTIC

- Chaque examen complet par spécialité - un par trois années civiles.
- Chaque examen spécifique/limité par spécialité - un par année civile.
- Série complète de radiographies - une par cinq années civiles.
- Radiographies panoramiques - une par cinq années civiles.
- Radiographies occlusales ou extra-orales - 2 pellicules par catégorie par année civile.
- Radiographies du crâne/des os faciaux et des substances de contraste - 2 pellicules par catégorie par cinq années civiles.
- Sialographies - 2 pellicules par deux années civiles.
- Radiographies de l'articulation temporomandibulaire (ATM) - 2 pellicules par année civile.
- Examens de laboratoire et analyses - microbiologiques, susceptibilité à la carie, histologiques, cytologiques, rapports de laboratoire et modèles de diagnostic.
- Vitalité pulpaire et interprétation de modèles - 2 unités par année civile.
- Planification de traitement et consultation - 2 unités par année civile.

RESTAURATION

- Couronnes simples* - une par dent par cinq années civiles consécutives.
- Incrustations de surface et en profondeur* - une par dent par cinq années civiles consécutives.
- Modification de la forme d'une dent et recimentation - 2 unités par catégorie par année civile.
- Ablation et coloration - 2 unités par catégorie par année civile.

*Une autorisation préalable est requise pour toutes les incrustations et les couronnes simples.

SOINS DENTAIRES

BASIQUE, STANDARD & AMÉLIORÉ

SOINS MAJEURS (suite)

PROSTHODONTIE - PROTHÈSES AMOVIBLES

- Prothèses dentaires standard - complètes et partielles - limite d'une prothèse pour la mâchoire supérieure et d'une prothèse pour la mâchoire inférieure par cinq années civiles consécutives.
- Les prothèses dentaires spécialisées et les services qui s'y rapportent doivent être traités par un prosthodontiste et requièrent une autorisation préalable * - limite d'une prothèse dentaire spécialisée par cinq années civiles consécutives.
- Ajustements mineurs à une prothèse - 2 unités par année civile.
- Équilibrage de l'occlusion.
- Réparations et ajouts à une prothèse.
- Prophylaxie et détartrage de prothèse, reconstruction de dents usées, coloration personnalisée - 2 unités de chaque service par année civile.
- Regarnissage, rebasage, réfection de prothèses en conservant le squelette existant - limite d'un regarnissage, d'un rebasage ou d'une réfection de la prothèse supérieure et inférieure par deux années civiles consécutives.
- Mise en condition tissulaire - 1 par année civile.
- Services divers.

PROSTHODONTIE - PROTHÈSES FIXES (ponts)

- Piliers/appareil de rétention* - limite d'un par dent par cinq années civiles consécutives.
- Pontiques* - limite d'un par dent par cinq années civiles consécutives.
- Remplacement, ablation, recimentation - limite de deux unités de chaque service par année civile.
- Autres services divers.

*Une autorisation préalable est requise pour toutes les demandes de piliers/appareils de rétention et pontiques.

SERVICES GÉNÉRAUX COMPLÉMENTAIRES

- Anesthésie - limite de 5 unités par année civile.
- Consultation professionnelle - 2 unités par année civile.
- Visite professionnelle - visites à domicile, visites au cabinet/dans les établissements - 1 unité de chaque type de visite par année civile.

SOINS DENTAIRES

BASIQUE, STANDARD & AMÉLIORÉ

SOINS ORTHODONTIQUES

DIAGNOSTIC

- Examen limité d'orthodontie - un par trois années civiles consécutives
- Examen spécifique d'orthodontie - un par année civile
- Radiographies céphalométriques - 3 pellicules par trois années civiles consécutives
- Tracé céphalométrique - 2 unités par trois années civiles consécutives
- Radiographies de la main et du poignet
- Photographies diagnostiques - 6 par année civile
- Moulage orthodontique

PRÉVENTION

- Contrôle des habitudes buccales. Motivation, myothérapie, ajustement et réparation des appareils
- Appareils de maintien d'espace et leur entretien.

SOINS COMPLETS

- Traitements d'orthodontie complets approuvés par Croix Bleue Medavie

SOINS DENTAIRES

BASIQUE, STANDARD & AMÉLIORÉ

EXCLUSIONS ET LIMITES

La garantie Soins dentaires ne couvre pas les dépenses suivantes:

- les soins ou services pour lesquels l'adhérent ou ses personnes à charge reçoivent ou sont en droit de recevoir des indemnités d'un régime gouvernemental, de tout autre régime ou de toute autre façon provenant d'une entente;
- les soins dentaires requis en raison d'une insurrection, d'une guerre (déclarée ou non) ou d'une participation à une émeute;
- les services dont le gouvernement interdit le paiement;
- les services fournis sans frais ou payés par l'employeur;
- les soins rendus par un praticien non autorisé;
- les frais pour des rendez-vous manqués ou pour faire remplir des formulaires de demande de règlement;
- les services qui ne figurent pas dans la liste de services autorisés.

PRESTATIONS PAYABLES AUX PERSONNES QUI ADHÈRENT À LA GARANTIE DE SOINS DENTAIRES EN RETARD

Si la demande d'adhésion relativement à la Garantie Soins dentaires est faite plus de 31 jours après la date à laquelle l'adhérent ou la personne à charge sont devenus admissibles pour la première fois, le montant maximal payable sera de 100 \$ par assuré au cours des 12 premiers mois de la protection. Cette disposition ne s'applique pas aux soins dentaires requis lorsque les dents naturelles sont endommagées par suite d'un coup direct et accidentel à la bouche subi par l'assuré après la date du début de sa couverture.

ÉVALUATION PRÉALABLE POUR LES DEMANDES DE RÈGLEMENT DE PLUS DE 500 \$

1. Lorsque le coût total de tout traitement est estimé à plus de 500 \$, l'adhérent doit soumettre à Croix Bleue Medavie, avant le début du traitement, un plan de traitement détaillé précisant le type de traitement qui doit être fait, ainsi que le prix demandé. Croix Bleue Medavie avise ensuite l'adhérent du montant admissible à un remboursement. Le traitement doit être rendu par le dentiste qui a préparé le plan de traitement, à défaut de quoi un nouveau plan de traitement doit être soumis à Croix Bleue Medavie pour une réévaluation.
2. Une disposition alternative sera appliquée lors du processus d'autorisation préalable. En vertu de cette disposition, dans les cas où le patient choisit un plan de traitement plus dispendieux que celui dispensé habituellement pour un traitement dentaire jugé nécessaire et adéquat, le paiement de Croix Bleue Medavie sera émis selon les frais moindres.

SOINS DENTAIRES

BASIQUE, STANDARD & AMÉLIORÉ

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Les demandes pour les Soins de santé et les Soins dentaires se font par mode de remboursement à moins d'indication contraire au Sommaire des garanties. Les demandes doivent être présentées dans les 12 mois suivant la réception des services et des fournitures. Pour demander un règlement par mode de remboursement, veuillez suivre les procédures prescrites au paragraphe (b) ci-dessous.

Pour les demandes de règlement pour les Soins de santé, les Médicaments ou les Soins dentaires, vous ou votre personne à charge devez vous assurer que le professionnel de la santé qui vous traite est approuvé par Croix Bleue Medavie. Par la suite, une des procédures suivantes doit être entamée :

- a) Mode de paiement direct : présentez la carte d'identification Croix Bleue Medavie de l'adhérent, le fournisseur s'occupe de facturer directement à Croix Bleue Medavie, ou
- b) Mode de remboursement : payez le fournisseur, obtenez un reçu officiel et soumettez-le à Croix Bleue Medavie aux fins de traitement. Remplissez les formulaires de demande appropriés, disponibles chez votre employeur ou le fournisseur de services. Pour les demandes de règlement de médicaments par mode de remboursement, les reçus doivent comprendre les renseignements suivants pour chaque ordonnance :
 - nom du patient;
 - numéro et date de l'ordonnance;
 - le numéro du médicament (DIN) ou son nom, de même que la concentration et la quantité.
- c) Certaines garanties nécessitent une autorisation préalable de la part de Croix Bleue Medavie. Pour faire une demande d'autorisation préalable à Croix Bleue Medavie, vous devez faire remplir le formulaire d'autorisation préalable approprié par un professionnel de la santé. Les frais encourus pour remplir le formulaire sont de votre responsabilité.

Remarque : Soumettez votre demande le plus rapidement possible, afin qu'elle soit traitée en temps opportun.

Pour des renseignements supplémentaires sur les demandes d'autorisation préalable, contactez votre bureau local Croix Bleue Medavie ou composez sans frais le 1 800 667-4451.

ASSURANCE VIE COLLECTIVE DE BASE ET FACULTATIVE

PRESTATION DE DÉCÈS

La prestation de décès prévoit le versement à votre bénéficiaire désigné du montant de votre assurance vie collective en vigueur au moment de votre décès.

Les prestations de l'assurance vie collective facultative de votre conjoint sont payables à vous ou, dans l'éventualité de votre décès, à votre dernier bénéficiaire désigné, vos bénéficiaires ou votre succession.

MALADIE EN PHASE TERMINALE

Un paiement anticipé peut être versé si vous souffrez d'une maladie qui ne vous laisse pas plus de 12 mois à vivre à compter de la date de votre demande. Une attestation médicale sera exigée. La demande doit être effectuée par écrit et la prestation sera équivalente au montant le moins élevé parmi les suivants : 50 000 \$ ou 50 % de votre couverture d'assurance vie collective de base. Le montant de ce paiement sera déduit de vos prestations d'assurance vie collective de base autrement payables lors de votre décès.

PRESTATIONS DE VIE DE BASE PENDANT L'INVALIDITÉ

Si votre demande est approuvée et que vous recevez des prestations d'invalidité de longue durée ou en vertu de toute Commission des accidents du travail avant votre 65^{ème} anniversaire, votre couverture d'assurance vie collective de base continue sans paiement de prime.

EXONÉRATION DES PRIMES – ASSURANCE VIE FACULTATIVE

Si vous êtes éligible à recevoir des prestations d'invalidité de longue durée, les primes en vertu de l'assurance vie facultative seront exonérées à partir du premier mois civil complet suivant le délai de carence de l'assurance salaire de longue durée. L'exonération des primes se poursuivra jusqu'à ce que vous retourniez activement au travail de façon permanente ou quand vous cessez de répondre aux critères d'admissibilité de l'assurance salaire de longue durée.

Si vous receviez des prestations d'invalidité de longue durée et, par la suite, redevenez totalement invalide après votre retour au travail et êtes admissible aux prestations d'invalidité de longue durée en vertu de la clause de récurrence d'invalidité, les primes de l'assurance vie facultative seront à nouveau exonérées sans que le délai de carence ne s'applique une deuxième fois.

ASSURANCE VIE COLLECTIVE DE BASE ET FACULTATIVE

DROIT DE TRANSFORMATION

Si votre assurance vie collective de base ou facultative prend fin à votre 65^e anniversaire ou avant en raison de votre retraite, de votre cessation d'emploi ou lorsque vous cessez d'être admissible à votre catégorie d'employés en vertu du présent régime, vous pouvez alors souscrire une assurance vie individuelle, sans preuve d'assurabilité, auprès de Croix Bleue Vie, jusqu'à un maximum équivalent au montant en vigueur à la fin de la couverture ou 200 000 \$ (vie de base ou facultative combinées), selon le plus petit de ces montants, ou le montant maximum prescrit par la législation provinciale applicable. Une demande d'adhésion écrite doit être faite auprès de l'assureur et la prime requise doit être versée dans les 31 jours suivant la date de fin de la garantie. Advenant votre décès dans les 31 jours suivant la fin du contrat d'assurance collective, le montant de la protection disponible en vertu de votre droit de transformation sera versé à votre bénéficiaire désigné ou à votre succession, pourvu qu'il y ait renonciation à toute police d'assurance individuelle émise en vertu du droit de transformation. Pendant la période de 31 jours au cours de laquelle le droit de transformation peut être exercé, le montant de la protection disponible en vertu de ce droit de transformation est en vigueur, sans frais.

Un droit de transformation limité existe lors de la résiliation du contrat d'assurance collective, conformément aux directives du Surintendant des Institutions Financières.

Si l'assurance vie d'un conjoint en vertu de la présente garantie prend fin à son 65^e anniversaire, ou avant pour les raisons suivantes :

- le décès de l'adhérent;
- la résiliation de l'assurance vie collective de l'adhérent pour toute raison qui permet à l'adhérent de transformer son assurance vie; ou
- la personne à charge ne répond plus aux critères d'admissibilité des personnes à charge.

Le conjoint peut alors souscrire à une assurance vie individuelle auprès de l'assureur, sans dépasser le montant de l'assurance vie collective facultative qui prend fin à l'égard du conjoint.

ASSURANCE VIE COLLECTIVE DE BASE ET FACULTATIVE

CONTINUITÉ DE LA COUVERTURE DURANT UN CONGÉ

Au cours d'une absence autorisée en raison d'un congé de maternité, congé parental, congé de soignant ou tout autre congé légal, vos garanties sont maintenues sous réserve du paiement des primes pour la période maximale prévue en vertu de la législation applicable. La continuité de la couverture pendant ce congé se termine à la date prévue du retour au travail, la date de retour au travail à temps plein, la date où le régime prend fin ou à la date où la période maximale est atteinte en vertu de la législation applicable, selon la première éventualité.

Pendant tout autre congé autorisé, vos garanties sont maintenues sous réserve du paiement des primes pendant un maximum de 12 mois. La continuité de la couverture pendant un congé autorisé se termine à la date prévue du retour au travail, la date de retour au travail à temps plein, la date où le régime prend fin ou à la date où à la fin de la période de 12 mois, selon la première éventualité.

LIMITE DE LA COUVERTURE

Advenant votre décès ou celui de votre conjoint par suicide, que vous ou votre conjoint ayez été ou non sains d'esprit, le paiement de tout montant de l'assurance vie collective facultative ayant été en vigueur depuis moins de deux (2) années consécutives durant votre vie ou celle de votre conjoint se limitera au remboursement des primes. Cette restriction s'applique à votre assurance vie collective facultative, ainsi qu'à celle de votre conjoint.

FIN DE LA PROTECTION

L'assurance vie collective prend fin à la première des dates suivantes:

- la date à laquelle vous cessez d'être admissible à l'assurance vie collective;
- la date de résiliation de la présente couverture;
- la date à laquelle vous prenez votre retraite;
- la date à laquelle vous atteignez la limite d'âge en vertu de ce régime;
- la fin du délai de grâce pour lequel toute prime n'a pas été payée en entier, ou
- la date avant tout déploiement naval, militaire ou de l'armée de l'air.

L'assurance vie facultative sur la vie de votre conjoint prend fin à la retraite de l'employé, à la cessation d'emploi, lorsque l'employé atteint l'âge de 70 quand le conjoint atteint 70 ans ou quand le conjoint ne répond plus aux critères d'admissibilité.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Les demandes de règlement pour l'assurance vie collective de base et facultative doivent être soumises dès que possible. Le formulaire de demande de règlement est disponible auprès de votre employeur.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

PRESTATION DE DÉCÈS

Les prestations d'assurance vie des personnes à charge vous sont versées au moment du décès de votre personne à charge.

PERSONNE À CHARGE ADMISSIBLE

Une personne à charge admissible est définie à la section Généralités de la présente brochure.

ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE

L'assurance vie des personnes à charge entre en vigueur à la dernière des dates suivantes : la date où la demande d'adhésion a été remplie ou la date à laquelle la personne est devenue à votre charge, pourvu que la personne à charge ne soit pas hospitalisée. Si la personne à charge est hospitalisée le jour où l'assurance sur sa personne doit prendre effet, l'entrée en vigueur est reportée à la date de sa sortie de l'hôpital.

Si un enfant naît pendant que cette assurance est en vigueur, l'assurance des personnes à charge pour cet enfant prend effet dès sa naissance, même si celui-ci est hospitalisé. Si l'enfant est mort-né, la couverture sera en vigueur dès la 28^e semaine de gestation.

EXCLUSIONS ET LIMITES

Les personnes à charges exclues du régime sont les personnes dont la preuve d'assurabilité, si elle est exigée, n'a pas été approuvée par l'assureur.

PRESTATIONS DE VIE DES PERSONNES À CHARGE PENDANT L'INVALIDITÉ

Si votre demande est approuvée et que vous recevez des prestations d'invalidité de courte durée, de longue durée ou en vertu de toute Commission des accidents du travail avant votre 65^{ème} anniversaire, votre couverture d'assurance vie des personnes à charge continue sans paiement de prime.

CONTINUITÉ DE LA COUVERTURE DURANT UN CONGÉ

Au cours d'une absence autorisée en raison d'un congé de maternité, congé parental, congé de soignant ou tout autre congé légal, vos garanties sont maintenues sous réserve du paiement des primes pour la période maximale prévue en vertu de la législation applicable. La continuité de la couverture pendant ce congé se termine à la date prévue du retour au travail, la date de retour au travail à temps plein, la date où le régime prend fin ou à la date où la période maximale est atteinte en vertu de la législation applicable, selon la première éventualité.

Pendant tout autre congé autorisé, vos garanties sont maintenues sous réserve du paiement des primes pendant un maximum de 12 mois. La continuité de la couverture pendant un congé autorisé se termine à la date prévue du retour au travail, la date de retour au travail à temps plein, la date où le régime prend fin ou à la date où à la fin de la période de 12 mois, selon la première éventualité.

DROIT DE TRANSFORMATION

Vous pouvez souscrire à une assurance individuelle sur la vie de votre conjoint résidant dans toute province, ou d'un enfant à charge admissible s'il réside au Québec, de la même façon que pour l'assurance aie collective, sans dépasser le montant de leur assurance qui prend fin.

MAINTIEN DE LA PROTECTION

Si votre conjoint ou enfant admissible (là où la loi l'exige) décède dans les 31 jours suivant la fin de votre couverture, les prestations d'assurance vie de votre personne à charge seront payés, pourvu qu'il y ait renonciation à toute police d'assurance individuelle émise en vertu du droit de transformation.

DEMANDE DE RÈGLEMENT

L'assurance vie des personnes à charge : les demandes doivent être effectuées dès que possible. Le formulaire de demande de règlement est disponible auprès de votre employeur.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE ET FACULTATIVE

SOMMAIRE DES GARANTIES

Advenant une des pertes décrites ci-dessous dans les 365 jours suivant la date de l'accident, la prestation payable sera équivalente au pourcentage prévu ci-dessous du capital assuré pour lequel vous, ou votre personne à charge admissible, êtes assuré à la date de l'accident. Le montant maximal payable pour toutes les pertes résultant d'un seul et même accident ne peut dépasser 100 % du montant de l'assurance, à l'exception des cas de quadriplégie, de paraplégie et d'hémiplégie, pour lesquels la prestation est de 200 %. Un seul montant, le plus élevé des montants applicables, est payable pour les blessures subies sur un même membre et résultant d'un seul et même accident.

Tableau des prestations

Perte	Pourcentage du montant couvert
de la vie	100 %
de la vue des deux yeux	100 %
de la vue complète d'un oeil et d'une main	100 %
de la vue complète d'un oeil et d'un pied	100 %
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100 %
de la vue complète d'un oeil	100 %
de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles	100 %
de l'ouïe d'une oreille	33 1/3 %
de tous les orteils d'un même pied	33 1/3 %
Perte de l'usage	
des deux mains ou des deux pieds	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras ou d'une jambe	100 %
d'une main ou d'un pied	100 %
d'un pouce et d'un index d'une même main	33 1/3 %
d'au moins quatre doigts d'une même main	33 1/3 %
Paralysie	
Quadriplégie	200 %
Paraplégie	200 %
Hémiplégie	200 %

Perte : toute perte spécifiée dans le tableau des prestations.

Perte d'usage – la perte totale ou irrémédiable de l'usage depuis douze mois consécutifs après lesquels la prestation est payable, à condition que la perte d'usage soit définie comme étant permanente.

Exposition – une perte attribuable à l'exposition inévitable aux éléments de la nature est couverte.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE ET FACULTATIVE

SOMMAIRE DES GARANTIES (suite)

Disparition – en raison de destruction accidentelle, d'un naufrage ou de la disparition d'un transporteur, l'adhérent est considéré comme ayant perdu la vie si le corps n'est pas retrouvé dans les 365 jours suivant la date de l'événement.

Indemnité en cas de coma - 1 % du montant de protection, payable en prestation mensuelle, suivant 30 jours consécutifs de perte de conscience complète et totale causée par une blessure accidentelle.

Si une prestation prévue au Tableau des prestations est versée pour une perte attribuable au même accident, le montant de la prestation payable en cas de coma ultérieur sera calculé en fonction du reliquat du montant principal.

Par coma ou état comateux, on entend un état d'inconscience avec absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue de 30 jours.

Retour de la dépouille* - Si le décès survient à 50 kilomètres ou plus de votre domicile et que la compagnie verse un paiement en vertu du Tableau des prestations, pour un remboursement maximum de 15 000 \$ pour :

1. la préparation de la dépouille et le transport de la dépouille dans la localité de votre résidence permanente; ou
2. le déplacement et l'hébergement d'un membre de la famille immédiate la durée du transport de la dépouille ou pendant le séjour dans la localité où le corps se trouve (sans dépasser un maximum de trois nuits consécutives) et le transport par la route la plus directe au moyen d'un transporteur connu certifié pour aller et revenir d'une telle localité, à des fins d'identification du corps.

Aucune prestation ne sera accordée pour subvenir aux besoins courants de la vie, ni pour des frais de déplacement ou d'habillement. Si le transport est effectué dans un véhicule ou appareil autre qu'un véhicule ou appareil autorisé à transporter des passagers, le remboursement pour les frais de transport se limite à un maximum de 0,20 \$ le kilomètre.

Réadaptation* - Si une blessure accidentelle ne cause pas votre mort, mais provoque un paiement de prestation de la Compagnie, selon le Tableau des prestations, un montant supplémentaire sera versé pour les frais raisonnables et nécessaires engagés pour votre formation spéciale jusqu'à 15 000 \$, pourvu que :

1. vous suiviez une formation à la suite d'une blessure afin de vous qualifier pour être embauché dans un emploi pour lequel vous n'étiez pas qualifié avant la blessure; et
2. les frais soient engagés dans un délai de trois ans à partir de la date de la blessure accidentelle.

Formation professionnelle du conjoint* - Remboursement maximum de 10 000 \$ pour un programme de formation professionnel dans un délai de trois ans à partir de votre date de décès.

*Uniquement payable sous l'une des polices de Décès et mutilation par accident émises au preneur du contrat par la compagnie.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE ET FACULTATIVE

SOMMAIRE DES GARANTIES (suite)

Frais d'études – La compagnie verse une indemnité pour les frais d'études jusqu'à concurrence du moins élevé des montants suivants : 5 % du montant de la protection ou 5 000 \$ pour chaque année pendant laquelle votre enfant poursuit ses études à temps plein pour un maximum de quatre années consécutives :

1. dans un établissement d'enseignement supérieur, ou
2. dans un établissement d'études post-secondaires auxquelles il s'est inscrit dans les 365 jours suivant la date de l'accident.

Si, au moment de votre décès, vous avez des enfants à charge qui ne sont pas admissibles aux frais d'études, la compagnie paie 1 % du montant de la protection à votre bénéficiaire, jusqu'à concurrence d'un minimum de 500 \$ et d'un maximum de 2 500 \$.

Le montant maximum de la prestation à l'effet de frais d'études n'excède pas le montant global de 5 000 \$ par année, par enfant à charge, dans toutes les polices émises au preneur par la compagnie.

Indemnité de voyage pour la famille* - Remboursement maximum de 10 000 \$ pour le déplacement d'un membre de la famille immédiate à l'endroit où vous êtes confiné dans un hôpital situé à plus de 100 kilomètres de votre domicile habituel. Si un véhicule personnel est utilisé au lieu d'un moyen de transport en commun, un tarif de 0,20 \$ le kilomètre sera appliqué.

Prestation pour la garde d'enfant – Le montant le moins élevé de 5 % du montant de la protection ou de 5 000 \$ par année pour chaque enfant inscrit dans une garderie agréée pour un maximum de quatre ans. Un enfant à charge est admissible à cette prestation si, au moment de l'accident, il est inscrit dans une garderie ou sera inscrit dans une garderie dans les 90 jours suivant la date de l'accident. Si, au moment de votre décès, des enfants à charge ne sont pas admissibles à la prestation pour la garde d'enfant, la compagnie paie 1 % du montant de la protection à votre bénéficiaire, jusqu'à concurrence d'un minimum de 500 \$ et d'un maximum de 2 500 \$.

Le montant maximum de la prestation à l'effet des frais de garde d'enfant n'excède pas globalement 5 000 \$ par année, par enfant à charge, pour toutes les polices émises au preneur par la compagnie.

*Uniquement payable sous l'une des polices de Décès et mutilation par accident émises au preneur du contrat par la compagnie.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE ET FACULTATIVE

SOMMAIRE DES GARANTIES (suite)

Ceinture de sécurité – si vous êtes blessé lors d’un accident de voiture alors que vous portiez votre ceinture de sécurité, et souffrez d’une perte qui est payable en vertu de cette garantie, le montant d’assurance sera augmenté de 10 % à condition que :

1. La perte survient pendant que vous êtes un passager ou le conducteur d’un véhicule à moteur privé,
2. Le conducteur du véhicule à moteur détenait un permis de conduire valide pour conduire le type de véhicule impliqué dans l’accident.

La ceinture de sécurité était bien bouclée au moment de l’accident, et l’utilisation de la ceinture a été vérifiée dans le rapport officiel de l’accident ou par l’enquêteur.

Modification de la résidence ou d’un véhicule* - Remboursement maximum de 10 000 \$ pour le coût initial de la modification de votre résidence ou de votre véhicule à moteur pour qu’un fauteuil roulant puisse y accéder, à condition que l’utilisation d’un fauteuil roulant soit requise à la suite d’un accident qui a causé la perte payable en vertu de cette garantie et que :

1. Les modifications effectuées à votre résidence sont faites par des professionnels qualifiés qui sont recommandés par une organisation agréée qui offre le soutien et l’assistance aux utilisateurs de fauteuils roulants,
2. Les modifications à votre véhicule moteur sont effectuées par des professionnels qualifiés autorisés selon la loi provinciale sur les véhicules à moteur dans votre province de résidence.

*Uniquement payable sous l’une des polices de Décès et mutilation par accident émises au preneur du contrat par la compagnie.

PRESTATIONS DE DÉCÈS

Les prestations de décès sont payées au(x) dernier(s) bénéficiaire(s) ou succession désigné au montant de l’assurance Décès et mutilation accidentels en vigueur au moment du décès. Les prestations vous sont payables pour tout autre perte, coma ou pour le décès de votre conjoint ou de vos personnes à charge assurés.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE ET FACULTATIVE

EXCLUSIONS ET LIMITES

Aucune indemnité n'est versée si une maladie, une blessure ou un accident survient lors de votre participation à un acte criminel, même si aucune accusation n'a été faite ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu.

De plus, aucune indemnité n'est versée si la perte subie résulte, directement ou indirectement, en totalité ou en partie, de l'une des causes suivantes :

1. une blessure que vous vous êtes infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, peu importe son état d'esprit,
2. une insurrection, une guerre (déclarée ou non), ou des actes hostiles des forces armées de tout pays, ainsi que la participation à une émeute ou à un affrontement public,
3. tout accident ou blessure subit lors de la conduite d'un véhicule alors que votre alcoolémie excède la limite fixée par la loi qui s'applique dans la juridiction dans laquelle a lieu l'accident. (Véhicule désigne tout moyen de transport tiré, propulsé ou conduit par n'importe quel moyen et comprend entre autres l'automobile, le camion, la motocyclette, le cyclomoteur, le VTT, la bicyclette, la motoneige et le bateau.),
4. une maladie ou affection, ou traitement médical ou chirurgical de celles-ci, autre qu'une infection septicémique survenue en raison d'une blessure accidentelle,
5. un vol à bord de toute espèce d'aéronef, y compris la descente (à l'exception d'un voyage d'affaires autorisé pour votre employeur à titre de pilote ou de membre de l'équipage d'un aéronef qui appartient, est opéré ou loué par votre employeur) si vous ou votre conjoint assuré :
 - êtes membre de l'équipage;
 - avez toute fonction rattachée au vol, à l'entretien, aux essais ou à la vérification de l'aéronef; ou
 - êtes à bord de l'aéronef aux fins de formation ou d'entraînement.

PRESTATIONS GLOBALES

Les prestations pour les clauses suivantes sont payables en vertu de la garantie Décès et mutilation de base ou de la garantie facultative de décès et mutilation facultative, et non pour les deux :

- Retour de la dépouille – montant global de 15 000 \$
- Réadaptation – montant global de 15 000 \$
- Formation professionnelle du conjoint – montant global de 10 000 \$
- Indemnité de voyage pour la famille – montant global de 10 000 \$
- Modification de la résidence ou d'un véhicule – montant annuel global de 10 000 \$

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE ET FACULTATIVE

PRESTATIONS DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE ET FACULTATIVE PENDANT L'INVALIDITÉ

Si votre demande est approuvée et que vous recevez des prestations d'invalidité de longue durée ou en vertu de toute Commission des accidents du travail avant votre 65^{ème} anniversaire, votre couverture d'assurance décès et mutilation accidentels de base et facultative continue sans paiement de prime.

CONTINUITÉ DE LA COUVERTURE DURANT UN CONGÉ

Au cours d'une absence autorisée en raison d'un congé de maternité, congé parental, congé de soignant ou tout autre congé légal, vos garanties sont maintenues sous réserve du paiement des primes pour la période maximale prévue en vertu de la législation applicable. La continuité de la couverture pendant ce congé se termine à la date prévue du retour au travail, la date de retour au travail à temps plein, la date où le régime prend fin ou à la date où la période maximale est atteinte en vertu de la législation applicable, selon la première éventualité.

Pendant tout autre congé autorisé, vos garanties sont maintenues sous réserve du paiement des primes pendant un maximum de 12 mois. La continuité de la couverture pendant un congé autorisé se termine à la date prévue du retour au travail, la date de retour au travail à temps plein, la date où le régime prend fin ou à la date où à la fin de la période de 12 mois, selon la première éventualité.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si votre garantie Décès ou mutilation accidentels de base ou facultative prend fin à votre 65^e anniversaire ou avant en raison de la retraite, de la cessation d'emploi ou d'un changement de catégorie d'employé, vous pouvez souscrire à une police individuelle, sans fournir de preuve d'assurabilité, selon le genre offert par la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue jusqu'à un maximum équivalent au montant en vigueur à la fin de la couverture ou 200 000 \$ (garanties de base et facultative combinées), selon le plus petit de ces montants, ou selon le maximum établi par la législation provinciale en vigueur. Une demande d'adhésion écrite doit être faite auprès de l'assureur et la prime requise doit être versée dans les 31 jours suivant la date où la garantie prend fin.

Un droit de transformation limité existe lors de la résiliation du contrat d'assurance collective, conformément aux directives du Surintendant des Institutions Financières.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE ET FACULTATIVE

FIN DE LA PROTECTION

L'assurance Décès et mutilation accidentels de base prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle vous cessez d'être admissible à l'assurance vie collective; ou
- la date de résiliation de la présente couverture; ou
- la date à laquelle vous prenez votre retraite; ou
- la date à laquelle vous prenez votre retraite ou à laquelle vous atteignez la limite d'âge, selon la première éventualité; ou
- la date à laquelle vous cessez de payer les primes de cette garantie, ou
- la date avant tout déploiement naval, militaire ou de l'armée de l'air.

L'assurance Décès et mutilation accidentels facultative de tous les assurés prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle vous cessez d'être admissible à l'assurance vie collective;
- la date à laquelle vous prenez votre retraite ou atteignez l'âge de 65 ans, selon la première éventualité; ou
- la date à laquelle vous cessez de payer les primes de cette garantie.

L'assurance Décès et mutilation accidentels facultative de votre conjoint prend fin lorsqu'il cesse d'être une personne à charge admissible ou à son 65^e anniversaire.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Les demandes de règlement pour l'assurance Décès et mutilation accidentels de base et facultative doivent être reçues par la Croix Bleue Vie dans l'année qui suit la perte. Advenant un décès, la demande de règlement doit être soumise le plus tôt possible.

MAINTIEN DE SALAIRE

INVALIDITÉ

Pour être admissible à cette garantie, vous devez être sous les soins continus d'un médecin au cours de la période d'invalidité, qui débute normalement lors du premier rendez-vous chez le médecin. Comme adhérent, vous serez considéré invalide et admissible aux prestations de Maintien de salaire si, à la suite d'une maladie ou d'un accident, vous êtes inapte à accomplir les tâches relatives de votre propre emploi et que vous ne participez ni ne travaillez en vue d'obtenir un salaire ou de réaliser un profit.

On entend par tâches régulières celles qui sont reliées aux activités professionnelles considérées essentielles à votre rendement au travail. Vous ne pouvez travailler autrement que si vous participez à un programme d'invalidité partielle ou de réadaptation approuvé par la compagnie.

RECHUTE

Toutes les périodes successives d'invalidité séparées par moins de deux semaines consécutives d'emploi permanent sont considérées comme une seule et même période d'invalidité, à moins que la nouvelle invalidité ne soit survenue à la suite d'un accident ou d'une maladie pour des raisons totalement différentes et ne commence qu'après le retour au travail de façon permanente.

DÉLAI DE CARENCE

Le délai de carence désigne la période continue constituée par les premières journées consécutives d'une invalidité totale pour lesquelles aucune prestation de Maintien de salaire n'est payable.

PROGRAMME DE RÉADAPTATION

La compagnie peut, en tout temps, demander à l'adhérent de joindre, participer ou se conformer à un programme de réadaptation jugé approprié dans sa situation.

Programme de réadaptation désigne un programme de réadaptation médicale, professionnelle, ou visant une nouvelle formation, et qui comprend :

1. des soins ou traitements médicaux, des procédés diagnostiques ou une prescription de médicaments, ou
2. un travail occupé par l'adhérent, à temps plein ou à temps partiel, qu'il soit ou non rémunéré, ou,
3. tout programme de formation ou de rééducation professionnelle ou toute période de travail destinée à la réadaptation.

Les prestations payables en vertu du présent contrat au moment où un adhérent participe à un programme de réadaptation seront coordonnées conformément à l'intégration des prestations.

Le refus de se joindre, de participer ou de se conformer à un programme de réadaptation jugé approprié par la Compagnie entraîne l'annulation des prestations de continuité du salaire.

MAINTIEN DE SALAIRE

INTÉGRATION DES PRESTATIONS

Le montant des prestations de maintien de salaire sera réduit du montant des compensations que vous pourriez recevoir en vertu de :

- toute commission de la santé et de la sécurité au travail,
- toute prestation venant du Régime des rentes du Québec ou le Régime des pensions du Canada, ou
- tout régime provincial d'assurance automobile, à condition qu'il soit considéré comme étant des limites acceptables en vertu des règlements relatifs à la réduction des cotisations d'assurance-emploi.

Si vous avez fait ou devez faire une demande pour l'une des compensations mentionnées ci-dessus et que vous n'avez pas reçu de réponse, la compagnie évaluera vos prestations jusqu'à ce qu'elle reçoit un avis écrit indiquant que votre demande a été refusée.

Si vous recevez des prestations de retraite RPC/RRQ pendant votre invalidité, vous pourriez avoir à convertir vos prestations de retraite RPC/RRQ en des prestations d'invalidité RPC/RRQ, si vous êtes admissibles.

Au cours d'un programme de réadaptation approuvé, le montant des prestations de maintien de salaire sera réduit de 50 % du montant reçu du programme de réadaptation, si nécessaire, afin que la prestation mensuelle plus le revenu total provenant de toutes autres sources n'excède pas 100 % du revenu avant l'invalidité.

MAINTIEN DE SALAIRE

EXCLUSIONS ET LIMITES

Aucune prestation d'invalidité de maintien de salaire n'est payable dans les cas suivants :

1. toute période d'invalidité pendant laquelle vous n'êtes pas sous les soins d'un médecin ou d'un chirurgien légalement autorisé à pratiquer la médecine,
2. toute période d'invalidité qui est reliée directement ou indirectement à la commission ou la tentative de commission d'un acte criminel ou lors de voies de fait,
3. tout accident ou toute blessure survenu lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute substance intoxicante ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident. (Véhicule signifie tout moyen de transport tiré, propulsé ou conduit par n'importe quel moyen et comprend entre autres, l'automobile, le camion, la motocyclette, le cyclomoteur, le VTT, la bicyclette, la motoneige, le bateau ou tout autre véhicule récréatif),
4. toute période pendant laquelle vous êtes absent du travail résultant d'une incarcération dans un établissement correctionnel, une résidence communautaire ou en résidence surveillée par ordre de la cour criminelle,
5. toute période d'invalidité causée par une insurrection, une guerre (déclarée ou non), un acte hostile de la part des forces armées de tout pays ou la participation à une émeute ou à un soulèvement populaire,
6. toute période au cours de laquelle vous êtes absent du Canada pour une quelconque raison, sauf si la compagnie accepte par écrit, à l'avance, de verser des prestations pendant cette période,
7. toute période d'invalidité au cours de laquelle vous ne faites pas d'efforts raisonnables pour vous rétablir de l'invalidité, dont la participation à un traitement ou un programme de réadaptation approprié, ce qui sera déterminé par Croix Bleue,
8. toute période d'invalidité résultant de soins médicaux, qui ne sont pas médicalement nécessaires ou qui sont donnés à de seules fins esthétiques, ou qui y est associé,
9. si vous devenez invalide pendant une grève, un lockout ou une mise à pied,
10. pendant la période pendant laquelle vous recevez des prestations de maternité, congé parental ou en congé de compassion en vertu de toute loi provinciale ou fédérale ou prenez un congé de maternité, un congé parental ou un congé de compassion conformément à la loi provinciale ou fédérale, sous réserve de l'exception suivante:
 - les prestations sont versées pendant la portion reliée à la santé du congé de maternité, à condition que votre protection soit demeurée en vigueur et que le délai d'admission à la garantie d'assurance salaire de courte durée ait été complété. La partie liée à la santé du congé de maternité sera considérée comme la période normale de récupération post-natale jugée raisonnable et appropriée par Croix Bleue,
11. toute période d'invalidité provenant d'une cause dont la compensation relève d'une loi sur les accidents du travail ou d'une autre mesure législative ayant un but similaire,
12. toute période d'invalidité au cours de laquelle vous refusez toute offre raisonnable de la part de l'employeur de modification de vos tâches ou d'un emploi alternatif,
13. tout adhérent qui est terminé, donne avis de départ à la retraite ou de démission en vigueur à la date de terminaison, de la retraite ou de la démission,
14. toute période au cours de laquelle vous recevez des prestations de la Commission de l'assurance-emploi du Canada.

MAINTIEN DE SALAIRE

CONTINUITÉ DE LA COUVERTURE DURANT UN CONGÉ

Au cours d'une absence autorisée en raison d'un congé de maternité, congé parental, congé de soignant ou tout autre congé légal, vos garanties sont maintenues sous réserve du paiement des primes pour la période maximale prévue en vertu de la législation applicable. La continuité de la couverture pendant ce congé se termine à la date prévue du retour au travail, la date de retour au travail à temps plein, la date où le régime prend fin ou à la date où la période maximale est atteinte en vertu de la législation applicable, selon la première éventualité.

Pendant tout autre congé autorisé, vos garanties sont maintenues sous réserve du paiement des primes pendant un maximum de 12 mois. La continuité de la couverture pendant un congé autorisé se termine à la date prévue du retour au travail, la date de retour au travail à temps plein, la date où le régime prend fin ou à la date où à la fin de la période de 12 mois, selon la première éventualité.

Lorsque vous devenez totalement invalide pendant une période d'absence au travail au cours de laquelle la protection pour l'invalidité est interrompue, aucune prestation d'invalidité n'est alors payable pour cette invalidité.

Lorsque vous devenez totalement invalide pendant une période d'absence au travail au cours de laquelle la protection pour l'invalidité a été maintenue et les primes ont été payées :

- le délai de carence débute dès la date du début de l'invalidité totale;
- la durée maximale des prestations est considérée comme débutant à la date d'expiration du délai de carence; et
- le versement des prestations débute à la date d'expiration du délai de carence ou à la date prévue de retour au travail de l'adhérent, selon la dernière de ces dates.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Pour soumettre une demande de prestations d'invalidité, veuillez remplir le formulaire applicable en vous adressant à votre employeur.

La demande de règlement doit être effectuée par écrit et parvenir à l'assureur à la première des dates suivantes:

- 90 jours suivant immédiatement à la fin du délai de carence,
- Dans les six (6) mois suivant la résiliation de la garantie de maintien de salaire.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

INVALIDITÉ

Pour être admissible à la présente garantie, vous devez être sous les soins continus d'un médecin. Croix Bleue Vie définit l'invalidité totale comme étant :

- a) L'état d'incapacité totale et continue, résultant d'une maladie ou d'un accident, qui vous empêche, pendant le délai de carence et la période de 24 mois qui suit, d'accomplir les tâches régulières de votre propre emploi; et;
- b) Par la suite, « invalidité totale » désigne l'état d'incapacité totale et continue, résultant d'une maladie ou d'un accident, qui vous empêche d'accomplir les tâches régulières de tout emploi :
 - qui vous permettrait de gagner au moins 60 % de votre revenu avant le début de l'invalidité; et;
 - que vous êtes raisonnablement apte à exercer (ou pourrez le devenir) de par votre formation, votre éducation et votre expérience.

Les fonctions habituelles sont les activités rattachées à votre emploi qui sont jugées essentielles à votre rendement. Vous ne pouvez travailler, autrement que dans le cadre d'un programme d'invalidité partielle ou de réadaptation approuvé par la compagnie. Si vous vous engagez dans toute occupation, autrement que dans le cadre d'un programme de réadaptation, vous ne serez plus considéré comme étant invalide.

La disponibilité de l'occupation, de l'emploi ou du travail ne sera pas prise en considération lors de l'analyse de l'invalidité.

La perte d'un permis, d'une licence ou d'un certificat de qualification professionnelle ne constitue pas, en soi, une invalidité.

INVALIDITÉ PARTIELLE

Pour être considéré partiellement invalide et admissible à recevoir les prestations en vertu de cette disposition, vous devez vous conformer à la définition d'invalidité totale pendant la période de carence et vous devez être admissible à l'assurance salaire de longue durée.

Si, à la suite du commencement des prestations d'invalidité de longue durée, vous êtes seulement apte à retourner au travail de façon réduite et n'êtes pas inscrit à un programme de réadaptation, vous pouvez continuer d'être admissible à une portion de vos prestations d'invalidité de longue durée en plus des rémunérations habituelles pour une période de temps jugée appropriée par la compagnie, en vertu des dispositions spécifiées dans cette section.

Le montant des prestations mensuelles d'invalidité de longue durée auquel vous avez droit sera réduit de 50 % de tous revenus ou rémunération payables par un employeur ou reçus en tant que travailleur autonome. Les prestations seront réduites de nouveau afin que le revenu provenant de toutes sources n'excède pas 100 % du revenu avant l'invalidité.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ

Toutes les périodes successives d'invalidité totale survenant au cours de la garantie seront considérées comme une seule et même période d'invalidité totale, à condition que l'invalidité subséquente provienne de raisons identiques ou reliées à la demande de prestations d'assurance salaire de longue durée approuvée au préalable par Croix Bleue Vie et à condition que les intervalles d'invalidité totale n'aient pas été interrompus par une période supérieure à 6 mois.

PROGRAMME DE RÉADAPTATION

Un adhérent peut, en tout temps, devoir joindre, participer ou se conformer à un programme de réadaptation jugé approprié par la compagnie selon ses circonstances.

Un programme de réadaptation désigne un programme de réadaptation médicale ou professionnelle, ou un programme de réadaptation au travail, jugé approprié par la compagnie. Ce programme comprend:

1. les soins ou traitements médicaux, les mesures diagnostiques ou les médicaments prescrits; ou
2. le travail à temps plein, à temps partiel ou tout autre emploi exercé par l'adhérent, qu'un salaire ou rémunération soient payables ou non; ou
3. tout programme de formation ou de rééducation professionnelle ou toute période de travail destinée à la réadaptation.

Les prestations payables en vertu de la présente police au moment où un adhérent participe à un programme de réadaptation seront coordonnées conformément à l'Intégration des prestations.

Le refus de se joindre, de participer ou de se conformer à un programme de réadaptation entraînera l'annulation des prestations d'invalidité de longue durée.

DÉLAI DE CARENCE

Le délai de carence désigne la période constituée par les premières journées consécutives d'une invalidité totale pour lesquelles aucune prestation en vertu de la présente garantie n'est payable.

Lorsque l'invalidité totale ne s'avère pas continue, les jours pendant lesquels vous êtes jugé totalement invalide peuvent être cumulés pour satisfaire au délai de carence, à condition que la protection demeure en vigueur au cours du cumul du délai, qu'il n'y ait pas d'interruption de plus de 14 jours, que l'invalidité provienne de raisons identiques ou reliées à l'invalidité précédente et que chaque période d'invalidité totale ait été complétée dans les 365 jours après le début du délai de carence, ou tel qu'approuvé au préalable par Croix Bleue Vie si la période est plus longue.

CONDITIONS PRÉEXISTANTES (24-12)

Une condition préexistante désigne une maladie ou une blessure pour laquelle vous avez consulté un médecin, reçu un traitement, ou des soins ou services médicaux (y compris des mesures diagnostiques) ou avez eu des médicaments d'ordonnance, pendant les vingt quatre (24) mois précédant la date d'entrée en vigueur de la protection de l'invalidité à long terme.

Les prestations d'invalidité à long terme ne sont pas payables pour toute invalidité causée ou entraînée par une condition préexistante à moins que l'invalidité ait débutée après 12 mois consécutifs d'emploi à partir de la date d'entrée en vigueur de votre protection d'invalidité de longue durée.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

INTÉGRATION DES PRESTATIONS

Des prestations mensuelles sont coordonnées avec les autres revenus que vous êtes en droit de recevoir en raison de votre invalidité. La coordination des prestations est appliquée de la façon suivante:

1. Le montant des prestations mensuelles d'assurance salaire de longue durée est d'abord réduit directement de tout montant versé en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec (prestations primaires seulement), de la Loi sur les accidents du travail et des prestations de tout régime de retraite du Canada ou du Québec.

Si vous recevez des prestations de retraite RPC/RRQ pendant votre invalidité, vous pourriez avoir à convertir vos prestations de retraite RPC/RRQ en des prestations d'invalidité RPC/RRQ, si vous êtes admissible.

2. Le montant des prestations mensuelles d'assurance salaire de longue durée est réduit de nouveau, si nécessaire, de manière à ce que la somme des revenus mensuels provenant de toute autre source ne dépasse pas 85 % du revenu avant l'invalidité. Les revenus provenant de toute autre source comprennent:
 - a) Garanties Salaire de courte et de longue durée de Croix Bleue;
 - b) toutes prestations payables en vertu de toute loi sur la santé et sécurité du travail;
 - c) toute prestation d'invalidité en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec;
 - d) toute prestation de retraite payable en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec;
 - e) tout revenu ou prestation payable en vertu d'un programme collectif offert par le biais de l'employeur;
 - f) le revenu ou les prestations payables en vertu d'un régime provenant d'une association, d'un syndicat ou d'un organisme sans but lucratif dont vous êtes membre auquel votre employeur paie les primes d'un tel régime;
 - g) les prestations de remplacement du revenu payables en vertu d'un régime d'assurance automobile, lorsque telle réduction n'est pas interdite par la loi, ou ne doit pas être remboursée à l'assureur automobile;
 - h) le salaire ou la rémunération payable par un employeur ou reçu en tant que travailleur autonome, autre que ceux reçus en vertu d'un programme de réadaptation approuvé;
 - i) tout dommage pour la perte de revenus recouverts par une tierce partie et provenant de mêmes circonstances qui ont causé votre invalidité; et
 - j) la continuation de salaire, les congés de maladie ou la continuité du salaire de votre employeur.
3. Pendant la durée d'un programme de réadaptation approuvé, le montant des prestations mensuelles d'assurance salaire de longue durée sera réduit de 50 % des revenus reçus d'avant l'invalidité, et si nécessaire, sera réduit de nouveau afin que le montant total des rémunérations et des prestations ne dépasse pas 100 % des revenus.

Gel de la réduction des montants reçus du Régime de pensions du Canada et du Régime des rentes du Québec

Une fois la réduction initiale du RPC/RRQ établie pour une demande de règlement de l'assurance salaire de longue durée, elle ne sera pas modifiée en raison des ajustements au coût de la vie effectués sur les paiements du RPC/RRQ.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

EXCLUSIONS ET LIMITES

Les prestations d'assurance salaire ne sont pas payables au cours des périodes suivantes :

1. toute période d'invalidité pendant laquelle vous n'êtes pas sous les soins d'un médecin ou d'un chirurgien légalement autorisé à pratiquer la médecine,
2. toute période d'invalidité qui est reliée directement ou indirectement à la commission ou la tentative de commission d'un acte criminel ou lors de voies de fait, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu,
3. tout accident ou toute blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute substance intoxicante ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident. (Véhicule signifie tout moyen de transport tiré, propulsé ou conduit par n'importe quel moyen et comprend entre autres, l'automobile, le camion, la motocyclette, le cyclomoteur, le VTT, la bicyclette, la motoneige, le bateau ou tout autre véhicule récréatif),
4. toute période pendant laquelle vous êtes absent du travail résultant d'une incarcération dans un établissement correctionnel, une résidence communautaire ou en résidence surveillée par ordre de la cour criminelle,
5. toute période d'invalidité causée par une insurrection, une guerre (déclarée ou non), un acte hostile de la part des forces armées de tout pays ou la participation à une émeute ou à un soulèvement populaire,
6. toute période au cours de laquelle vous êtes absent du Canada pour une quelconque raison, sauf si la compagnie accepte par écrit, à l'avance, de verser des prestations pendant cette période,
7. toute période d'invalidité au cours de laquelle vous ne faites pas d'efforts raisonnables pour vous rétablir de l'invalidité, dont la participation à un traitement ou un programme de réadaptation approprié, ce qui sera déterminé par Croix Bleue,
8. toute période d'invalidité résultant de soins médicaux, qui ne sont pas médicalement nécessaires ou qui sont donnés à de seules fins esthétiques, ou qui y est associé,
9. si vous devenez invalide pendant une grève, un lockout ou une mise à pied,
10. pendant la période pendant laquelle vous recevez des prestations de maternité, congé parental ou en congé de compassion en vertu de toute loi provinciale ou fédérale ou prenez un congé de maternité, un congé parental ou un congé de compassion conformément à la loi provinciale ou fédérale,
11. toute période d'invalidité au cours de laquelle vous refusez toute offre raisonnable de la part de l'employeur de modification de vos tâches ou d'un emploi alternatif,
12. toute période au cours de laquelle vous recevez des prestations de la Commission de l'assurance-emploi du Canada.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

EXONÉRATION DES PRIMES

Si vous êtes admissible aux prestations d'assurance salaire de longue durée, toute prime à verser en vertu de présente garantie sera exonérée à partir du premier mois civil complet suivant la fin du délai de carence. L'exonération des primes sera en vigueur jusqu'à ce que vous retourniez activement au travail de façon permanente ou que vous cessiez d'être admissible aux prestations.

CONTINUITÉ DE LA COUVERTURE DURANT UN CONGÉ

Au cours d'une absence autorisée en raison d'un congé de maternité, congé parental, congé de soignant ou tout autre congé légal, vos garanties sont maintenues sous réserve du paiement des primes pour la période maximale prévue en vertu de la législation applicable. La continuité de la couverture pendant ce congé se termine à la date prévue du retour au travail, la date de retour au travail à temps plein, la date où le régime prend fin ou à la date où la période maximale est atteinte en vertu de la législation applicable, selon la première éventualité.

Pendant tout autre congé autorisé, vos garanties sont maintenues sous réserve du paiement des primes pendant un maximum de 12 mois. La continuité de la couverture pendant un congé autorisé se termine à la date prévue du retour au travail, la date de retour au travail à temps plein, la date où le régime prend fin ou à la date où à la fin de la période de 12 mois, selon la première éventualité.

Lorsque vous devenez totalement invalide pendant une période d'absence au travail au cours de laquelle la protection pour l'invalidité est interrompue, aucune prestation d'invalidité n'est alors payable pour cette invalidité.

Lorsque vous devenez totalement invalide pendant une période d'absence au travail au cours de laquelle la protection pour l'invalidité a été maintenue et les primes ont été payées :

- le délai de carence débute dès la date du début de l'invalidité totale;
- la durée maximale des prestations est considérée comme débutant à la date d'expiration du délai de carence; et
- le versement des prestations débute à la date d'expiration du délai de carence ou à la date prévue de retour au travail de l'adhérent, selon la dernière de ces dates.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Pour soumettre une demande de prestations d'assurance salaire de longue durée, veuillez remplir le formulaire applicable en vous adressant à votre employeur.

La demande de règlement par écrit doit parvenir à l'assureur à la première des dates suivantes :

- 90 jours suivant immédiatement la fin du délai de carence,
- dans les six (6) mois suivant la résiliation de l'assurance salaire de longue durée ou le délai alloué par la législation provinciale applicable.

Remarque : Il est de votre intérêt de soumettre votre demande le plus rapidement possible, afin qu'elle soit traitée en temps opportun.

COORDONNÉES DE CROIX BLEUE MEDAVIE

Pour de plus amples informations sur votre couverture collective ou sur le site des adhérents, veuillez communiquer avec notre Service à la clientèle aux numéros sans frais suivants :

Provinces du Canada atlantique : 1-800-667-4511

Ontario : 1-800-355-9133

Québec : 1-888-588-1212

National : 1-888-873-9200

Ayez en main votre numéro de régime collectif et votre numéro d'identification lorsque vous appelez pour des questions concernant votre couverture.

Pour toute question, vous pouvez également envoyer un courriel à contact@medavie.croixbleue.ca, ou visiter notre site Internet au www.cbmedavie.ca.

SE CONNECTER À CROIX BLEUE

Aimez notre page Facebook à facebook.com/CroixBleueMedavie

Suivez-nous sur Twitter à [@CBMedavie](https://twitter.com/CBMedavie)

Ma Bonne Santé^{MD}

Ma Bonne Santé est un portail Web sécurisé et interactif qui offre de précieux renseignements sur la santé, ainsi que des outils pour prendre soin de votre santé. Vous pouvez créer votre propre profil de santé et l'utiliser pour vous fixer des objectifs personnels grâce aux ressources de Ma Bonne Santé.

Croix Bleue est fière de vous aider à cheminer vers une vie en santé. Visitez cbmedavie.mabonnesante.ca et suivez simplement les instructions pour vous y inscrire gratuitement!



Des rabais sont offerts aux assurés de Croix Bleue à travers le Canada. Pour bénéficier des rabais, présentez votre carte d'identification Croix Bleue et mentionnez **Avantage Bleu** à tout fournisseur participant. Une liste des fournisseurs participants et des rabais est disponible au www.avantagebleu.ca.

COMMENT SOUMETTRE UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

COMMENT SE PROCURER UN FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande de règlement relatifs aux **garanties soins de santé** de l'une des façons suivantes :

- sur le site des adhérents;
- à l'un de nos bureaux Paiement express®;
- auprès de votre administrateur de régime collectif; ou
- auprès de notre Service à la clientèle au numéro sans frais indiqué à la fin de la brochure.

Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande de règlement pour les garanties vie, décès et mutilation par accident, maladies graves ou invalidité auprès de votre administrateur de régime collectif.

COMMENT SOUMETTRE UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Croix Bleue offre plusieurs options pratiques pour soumettre rapidement et efficacement vos demandes de règlement pour les garanties soins de santé :

- En adhérant au système de soumission électronique de Croix Bleue, les fournisseurs approuvés peuvent soumettre instantanément les demandes de règlement au moment de l'achat. Vous n'avez donc pas besoin de soumettre vous-même votre demande à Croix Bleue et vous n'avez donc qu'à déboursier le montant non couvert en vertu du régime.;
- Demandes de règlement électroniques au moyen de notre site des adhérents sécurisé;
- Application mobile (Visitez www.cbmedavie.ca/application pour obtenir plus d'information ou pour télécharger l'application.);
- Visitez l'un de nos bureaux Paiement express® ou poster votre formulaire de demande de règlement dûment rempli au bureau de Croix Bleue le plus proche. Pour localiser le bureau de Croix Bleue ou de Paiement express le plus proche de chez vous, veuillez visiter notre site Internet à www.cbmedavie.ca.

Vous pouvez soumettre vos demandes de règlement pour les **garanties vie, décès et mutilation par accident, maladies graves ou invalidité** à Croix Bleue :

- en les envoyant par la poste, par télécopieur ou par numérisation à l'adresse indiquée sur le formulaire de demande de règlement applicable;
- en déposant le formulaire à l'un de nos bureaux Paiement express; ou
- en les donnant à votre administrateur de régime collectif.